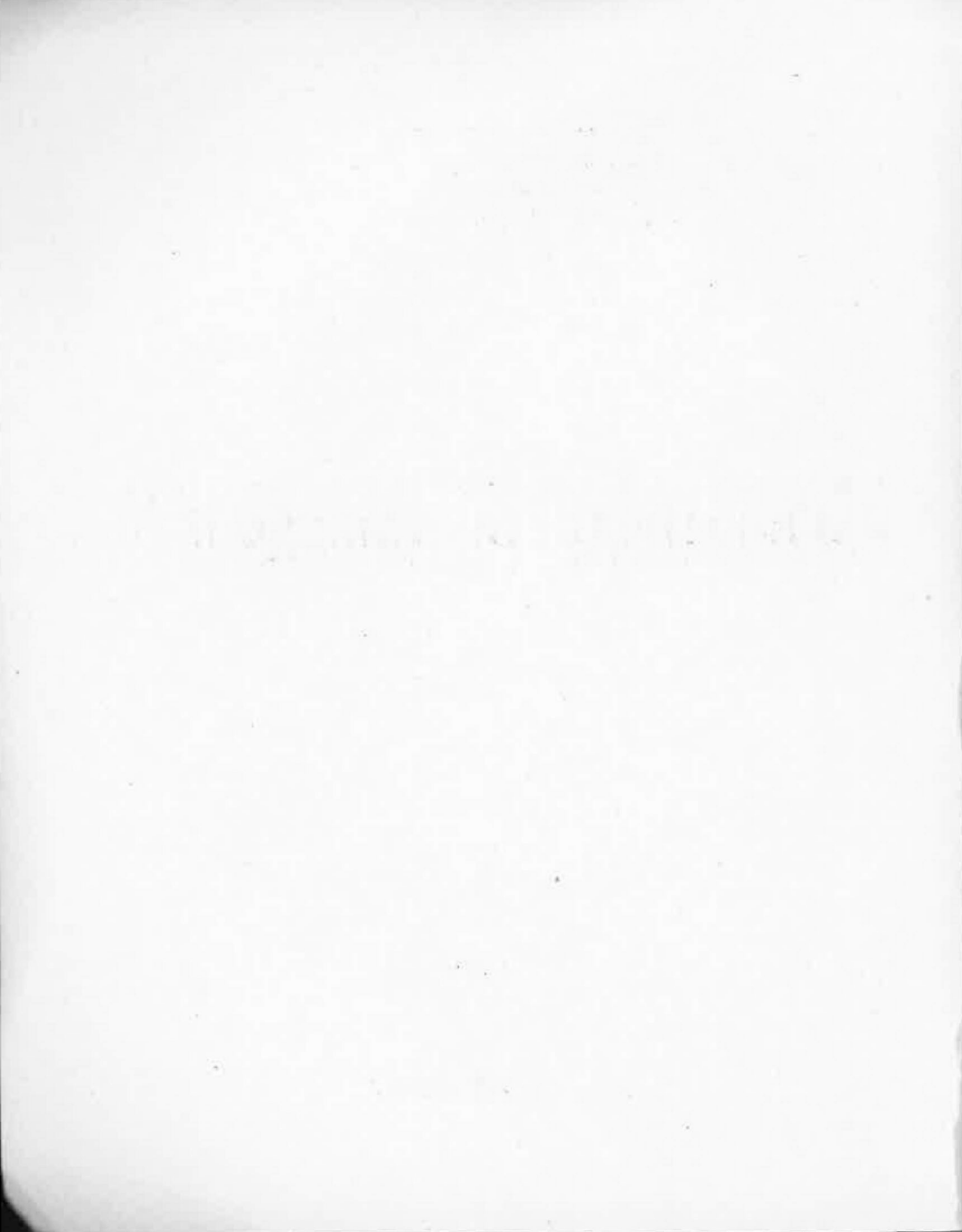


ВАСИЛ ЃОРГОВ

ЧЛЕН НА ИЗВРШНИОТ СОВЕТ
И ПРЕТСЕДАТЕЛ НА СОВЕТОТ ЗА НАРОДНО ЗДРАВЈЕ
НА МАКЕДОНИЈА

ЗДРАВСТВОТО ВО МАКЕДОНИЈА

СКОПЈЕ, 1963 ГОДИНА



ВАСИЛ ЃОРГОВ

**ЧЛЕН НА ИЗВРШНИОТ СОВЕТ
И ПРЕТСЕДАТЕЛ НА СОВЕТОТ ЗА НАРОДНО ЗДРАВЈЕ
НА МАКЕДОНИЈА**

ЗДРАВСТВОТО ВО МАКЕДОНИЈА

С К О П Ј Е, 1963 ГОДИНА

Издавач: Секретарјатот за информации на Извршниот Совет на Македонија
Печатено во Графичкиот завод „Гоце Делчев“—Скопје во 4 000 примероци
Печатењето завршено во март 1963 год.

Секретаријатот за информации на Извршниот совет на Народна Република Македонија ја издава публикацијата „Здравството во Македонија“ од Васил Ѓоргов, член на Извршниот совет и претседател на Советот за народно здравје на Македонија, со цел да ја запознае нашата јавност со напорите и грижите на заедницата за подобрувањето на здравствената состојба и на нашиот народ. Со оваа книга, како и со други слични изданија за постигнатите резултати во другите области на општествениот и стопанскиот живот во Македонија, кои наскоро треба да излезат, нашата јавност ќе има можност пошироко да се запознае со политиката и мерките што се превземени во повоениот општествено-политички развој на земјата.

Публикацијата „Здравството во Македонија“, како прва од серијата изданија за повоениот развој на НР Македонија, дава податоци кои сестрано ќе го информираат читателот и осигурува увид на она што е досега постигнато и она што е набељежано како идна политика во областа на здравствената заштита кај нас.

I. Осврт на здравствената положба во Македонија пред војната и по ослободувањето

Општата економска и политичка положба во која се наоѓал народот од овој дел на Македонија за времето на предвоена Југославија морала да се одрази и врз здравствената состојба на населението, како што се одразувала и во другите општествени области. Сосема слабата и неразвиена индустрија во градовите, опаѓањето и осиромашувањето на занаетчиството, примитивното, екстензивно земјоделство и ниските цени на земјоделските производи, нискиот национален доход и ненародната политика на великосрпската владеечка клика во тогашна Југославија, се одразувале, покрај другото, и врз здравствената состојба на населението. Ако на тоа му се додаде и културната заостанатост на најголемиот дел од населението — тогаш станува сосема логична и лошата здравствена состојба каква што преовладувала на подрачјето на нашата Република.

Погрешно би било да се смета дека само во овој дел на стара Југославија се водела таква политика. Таа не се разликувала многу и во другите краеве од земјата, но овде, на ова подрачје, била најкарактеристична, зашто и политичкиот, денационализаторскиот притисок бил најсилен.

Хигиено-епидемиолошката положба во НРМ пред Втората светска војна беше една од најлошите во границите на стара Југославија. Раширеноста на одделни заразни болести, каква што била, на пример, маларијата, нема мож-

ност за споредување во рамките на Југославија. Нема точни податоци, но бројот на заболениите од маларија се цени на околу 300.000.

Поради несигурната евиденција тешко може да им се верува и на податоците за заболувањата од другите заразни болести, но познато е дека борбата за нивното спречување била недоволна. Од белодробна туберкулоза боледувале голем број луѓе. Се сметало дека е тоа неизлечива болест. Смртноста била мошне висока. Цели семејства се затирале кога туберкулозата еднаш ќе им влезела во куќата. Нема податоци за целата територија на НРМ, освен за Скопје каде што смртноста изнесувала 34 на 10.000 жители. Таа цифра морала да биде повисока за другиот дел од земјата.

Општата смртност во Вардарска бановина, која со мали разлики ја претставува сегашната територија на НРМ, изнесувала 16,7—21 на 1.000 жители, а смртноста кај доенчињата во 1939 година изнесувала 15,4 на 1.000 живородени.

Во границите на денешна НР Македонија тогаш работеле 42 јавни установи од амбулантно-поликлинички карактер и 9 болници со 868 постели. Освен мал број работници и службеници, другите не биле осигурени и приватно се лекувале изложувајќи се на крупни материјални издатоци за прегледи и лекови. Обично одењето на лекар станувало во крајна нужда. Во селата пак скоро секогаш се барала лекарска помош дури тогаш кога не можеле да помогнат многубројните надрилекари. Многу често лекарска заштита се барала кога болниот стасал за умирање, та неговите сметале дека би требало да го испробаат уште тоа средство.

Војната и окупација ја влошија положбата. Некои од и онака малиот број здравствени установи беа ограбени или разурнати од окупаторот, поради што не можеа да служат

без сериозни поправки и дополнувања. Населението, исцрпено поради лошите животни услови за време на војната и окупацијата, со оштетено здравје и лишено од основните хигиенски услови, беше изложено на епидемии од разни заразни болести и други масовни заболувања. Не располагаме со подробни податоци за состојбата во периодот на окупацијата, но општо е познато дека таа била знатно влошена.

Зградата на Специјалната
болница за детска туберкулоза
во скопската населба „Буњаковец“



II. Проширување мрежата на здравствени установи и оспособување здравствени кадри

При затечената положба мораше по ослободувањето итно да се пристапи кон организирање на таква здравствена служба, која ќе може што поскоро да се справи со низа актуелни проблеми, како што беа ликвидирањето на појавените епидемии и спречувањето на нови што можеа да избијат, обезбедувањето на најосновните хигиенски услови, осигурувањето ефикасна здравствена помош на населението, а посебно за мајките и децата, оспособувањето нови кадри, обезбедувањето на нужниот простор и опрема за здравствените установи.

За решавање на овие крупни задачи беа неопходни огромни усилби и големи финансиски средства што мораа да се вложат од народната власт, која и во другите општествени области ја најде истата па дури и полоша состојба, та требаше и таму да ги решава неодложните проблеми.

Сега, осумнаесетата година по ослободувањето, можеме да речеме дека таа совесно и успешно си ја изврши задачата и во областа на здравството, како и во другите области од општествениот живот, и покрај низата тешкотии што се испречуваа пред неа.

Во областа на здравството се работеше главно за четири проблеми меѓусебно тесно поврзани и зависни еден од друг:

1) изградба и опремување на широка мрежа здравствени установи од амбулантно-поликлинички карактер и други од стационарен карактер (болници и сл.);

2) оспособување на доволен број здравствени кадри — виши, средни и нижи од сите профили;



Поглед на Хируршката клиника
при Медицинскиот факултет во Скопје

3) водење постојана и ефикасна борба за подобрување на хигиено-епидемиолошката и општоздравствената положба; и

4) поставување најадекватна организација на здравствената служба, регулирање на односите во неа и обезбедување што повеќе права за населението за да може тоа лесно да дојде до здравствената заштита.

Сфаќајќи го значењето на народното здравје, народната власт пристапи истовремено кон решавање на сите овие проблеми.

**Развој на мрежата
на здравствени установи
од амбулантно-поликлинички карактер**

Погоре беше речено дека во 1939 година имало 42 установи од амбулантно-поликлинички карактер. Во 1948 година нивниот број се зголемува на 110, главно изградени или адаптирани по ослободувањето. Во 1953 година бројот на таквите установи расте на 272, а во 1961 година на 502.

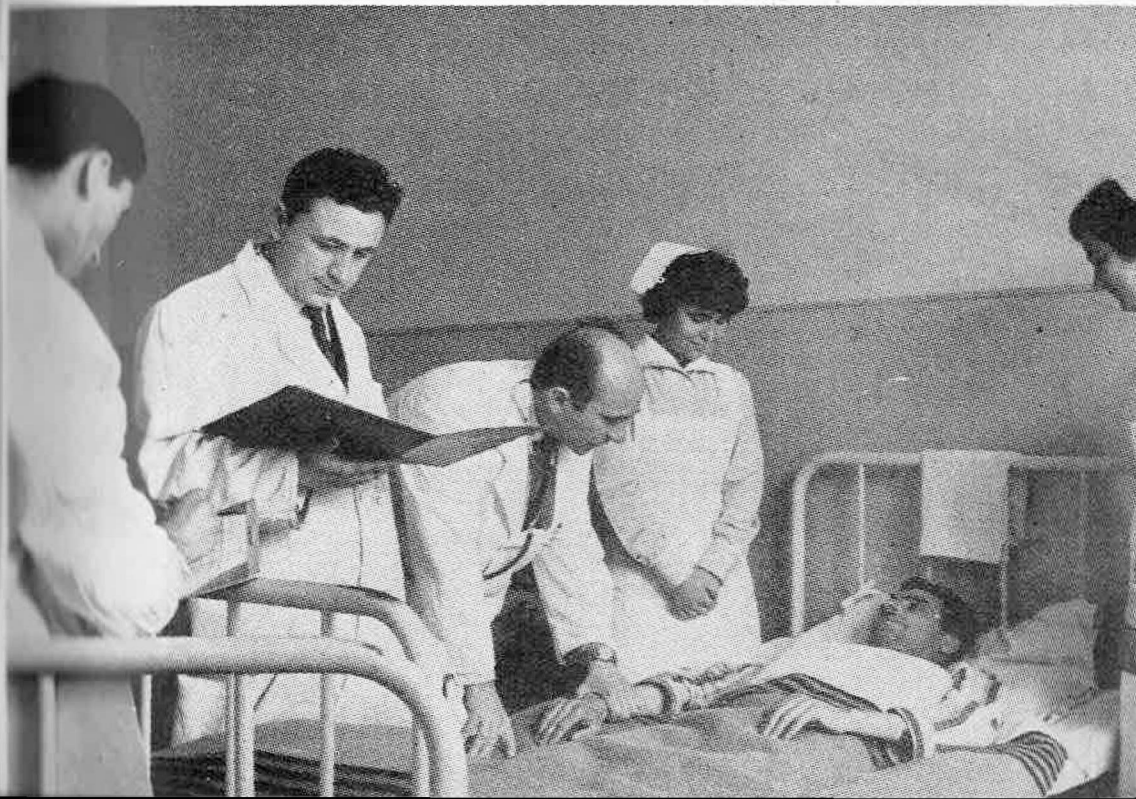
Според видот на установите развојот на амбулантно-поликлиничката мрежа во 1939—1961 година е следна:

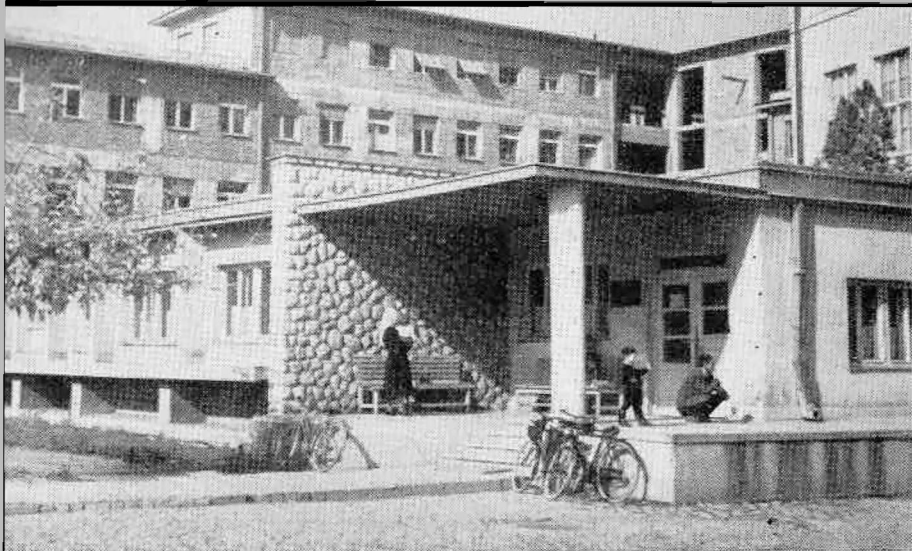
	1939	1961
Општи и специјалистички ординации	8	247
Забни ординации	7	97
Училишни амбуланти	6	34
Детски диспанзери	2	25
Антитуберкулозни диспанзер	1	15
Диспанзери за жени	—	15
Советовалишта за жени	—	69
Противмаларични станици	18	—
В к у п н о:	42	502

Освен тоа, беа формирани 8 хигиенски заводи, Заводот за рехабилитација, Заводот за заштита на мајки и деца, Заводот за трансфузија на крв и Институт за туберкулоза.

Со зголемувањето и проширувањето на мрежата на амбулантно-поликлиничките установи расте и бројот на прегледи и услуги. Така, на пример, бројот на прегледи и услуги во амбулантно-поликлинички установи во 1939 година изнесувал 194.500, во 1948 год. тој се зголемува на над 1.163.000, во 1953 год. на над 1.820.000, во 1959 година на над 3.322.000, а во 1961 година на 5.125.000.

Лекарски преглед во една од универзитетските
клиники во Скопје





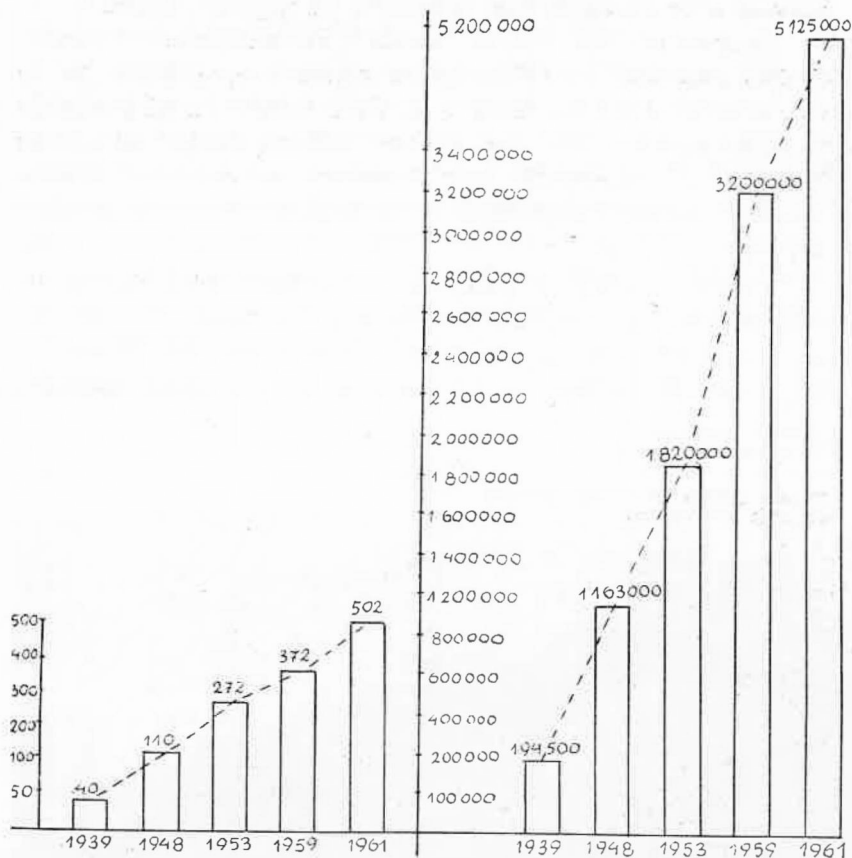
Детскиот диспанзер кај Бит-пазар на левиот брег на Вардар во Скопје — еден од многубројните објекти од овој вид изграден последниве години во Македонија

Новата зграда на Здравствената станица на десниот брег на Вардар во Скопје



ГРАФИКОН

за развојот на мрежата на здравствените установи од амбулантно поликлинички карактер и бројот на прегледите во нив на територијата на НР Македонија за периодот од 1939—1961 година



Болници и други стационарни здравствени установи

Слично како и кај амбулантно-поликлиничките установи се забележува мошне значителен развој на мрежата на стационарни здравствени установи — болници, родилни домови и стационари при домовите за народно здравје.

Додека во 1939 година имало 9 стационарни установи со 868 постели, во 1953 година нивниот број расте на 35 установи со 4.224 постели, а во 1961 година на 43 установи со 6.388 кревети. Од тоа, во 1961 година бројот на општи болници и стационари при домовите за народно здравје имало 30 со 4.174 постели и 13 специјални установи со 2.214 постели.

Горните цифри покажуваат дека постелниот фонд, во овој период, се зголемил за седум и пол пати. Во 1939 година на 1.000 жители паѓале 0,7 постели, во 1953 година — 2,3, а во 1961 година — 4,5 постели. Во тој однос Народна

Новата зграда на Здравствената
станција во Градско



Република Македонија се изедначува со југословенскиот просек.

Со создавањето на ваков капацитет постели биле создадени можности за пошироко и поквалитетно лекување. Така, во 1939 година во болниците се лекувале 13,710 болни со 220.742 болнички денови; во 1953 година се лекувале 62,593 болни со 869.591 болнички денови а во 1961 година 114.778 болни со 2.082.876 болнички денови.

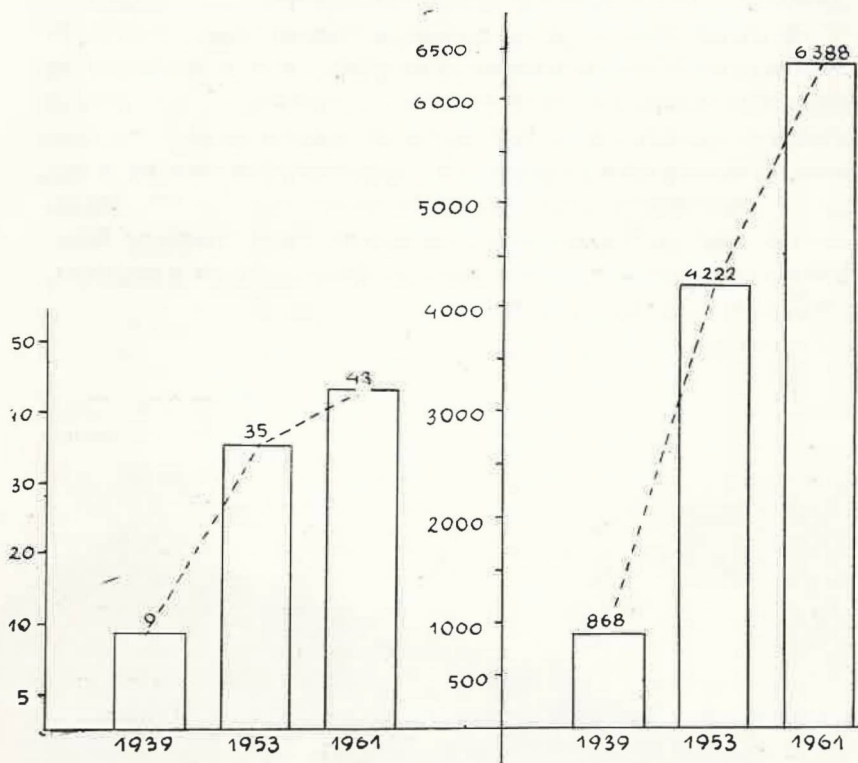
Ваквиот пораст на прегледи и здравствени услуги во амбулантно-поликлиничките установи, како и порастот на лекувани болни во стационарните установи во прв ред се должи на подобрените услови за лекување на луѓето, како што се зголемување бројот на здравствени установи и кадри и нивното поголемо приближување кон луѓето, зголемениот број на здравствено осигурени лица, широки бенефиции при лекувањето на низа заразни болести и нараснатата свест кај населението.

Здравствена станица
во селото Ракотинци
— Скопска околија



ГРАФИКОН

за развојот на мрежата на здравствените установи од стационарен карактер (болници: општи и специјални) и бројот на болничките постели на територијата на НРМ за периодот од 1939—1961 година



Инвестиции

За изградба на нови здравствени установи и адаптирање на други градежни објекти за потребите на здравствената служба, вклучувајќи ги и средствата за клиниките и институтите на медицински факултет, до крајот на 1961 година беше потрошена сумата од 7,066.000.000. динари.

Ваквото брзо проширување на здравствената мрежа не можеше да се изврши само по пат на новоградба. Затоа, покрај големиот број на новоизградени објекти, беа извршени и обемни адаптации и проширување на други градежин објекти, кои и денес се наоѓаат во употреба.

Денес може да се каже дека најголемиот дел од здравствените установи се прилично снабдени со потребниот инвентар, инструментариум и дијагностички помагала. Секоја поразвиена болничка и амбулантно-поликлиничка установа има свој рентген-кабинет со по еден или повеќе рентген-апарати, микроскопски и други дијагностички помагала, уредена клиничка лабораторија и друго. Скоро секоја здравствена установа односно служба располага со една или повеќе санитарски коли. Според непотполни податоци само на опремата во здравствената мрежа се потрошени преку 2,500.000.000 динари.

Меѓутоа, овие суми не ги покажуваат вистинските вложувања во здравствените објекти, зашто во нив не е внесен сопствениот придонес на населението вложен во доброволна работа, припремање и пренесување материјали, потоа дадените парични средства од поединци, како и извесни средства вложени од страна на претпријатија, установи и народни одбори.



Преглед на Интерната клиника при
Медицинскиот факултет во Скопје

За да биде јасно дека и овие невнесени средства биле значителни, ќе речеме само толку дека интересот на населението за изградба на здравствени установи отсекогаш бил многу голем. Одзивот за доброволна работа и други форми на самопридонес секогаш бил забележлив и овозможувал да се надополнат буџетските и други инвестициони средства. Ова посебно важи за здравствените станици по селата,

Значителна беше помошта и придонесот на Светската здравствена организација и УНИЦЕФ во опремувањето на здравствената мрежа, спречувањето на некои болести и оспособувањето на здравствени кадри. Така, вредноста на разна медицинска опрема, иструментариум, лекови, превозни средства и др. што ги доби нашата Република од страна на УНИЦЕФ и Светската здравствена организација во текот на овој период изнесува околу 280 милиони динари. Исто така значителна беше и помошта што ја дадоа нашите сонародници, Македонци од Америка, Канада, Австралија и други, во изградбата и особено во опремувањето на клиничките болници и институти на Медицинскиот факултет, а која изнесува околу 300 милиони динари.

Во Аудиолошкиот центар при Клиниката
за уво, грло и нос при Медицинскиот
факултет во Скопје

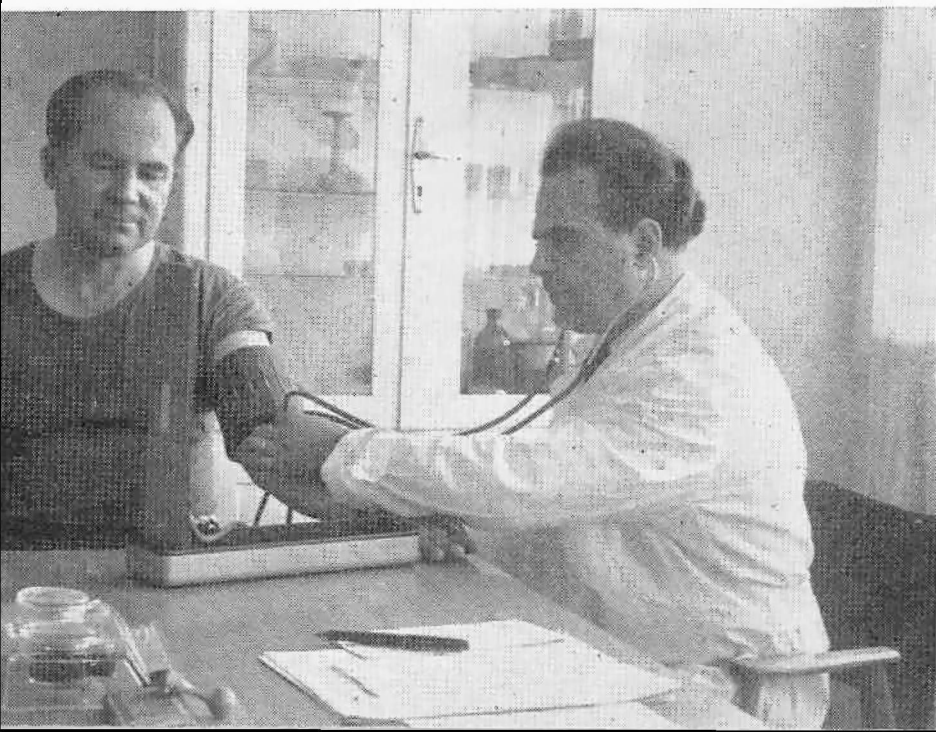


Состојбата на здравствените кадри

Заедно со мобилизираните кадри од другите републики, во 1945 година во нашата Република имало 123 лекари и Zabolekari, 96 фармацевти, 120 средномедицинари и мал број нижи здравствени кадри, така што на 10.000 жители паѓале еден лекар и едно средномедицинско лице. Ова ја покажува јасно тешката положба во однос на здравствени кадри во која се наоѓала нашата Република.

За што побрзо задоволување на потребата од здравствени кадри, веднаш по ослободувањето се пристапи кон

Современите методи за установување
диагноза се применуваат и во
Здравствената станица во с. Чашка
кај Титов Велес





Ученички од Средното медицинско училиште во Скопје на практична работа

отворање школи и курсеви за средни и нижи здравствени кадри. Во 1947 година беше отворен и Медицинскиот факултет на Скопскиот универзитет, што бараеше многу напори и крупни финансиски издатоци. Меѓутоа, потребата од поефикасно оспособување на виши здравствени кадри се наложуваше, та мораа да се најдат можности да се решат проблемите што се поставуваа при отворањето на Медицинскиот факултет. При тоа, во прво време, мошне голема помош во наставен кадар дадоа медицинските факултети од другите републики, а особено Белградскиот и Загребскиот медицински факултет.

За изградба на клиниките и институтите на Медицинскиот факултет и за нивното опремување беа вложени над 2.300.000.000 динари. Сега во неговиот состав работат



Во лабораторијата на Домот за народно здравје во општината „Кисела Вода“ во Скопје

11 клиники и тоа: за внатрешни болести, за детски болести, за нервни и душевни болести, за заразни болести, за кожни и венерични болести, за хирургија, за гинекологија и акушерство, за ортопедија, за усни, забни и вилични болести, за очни болести и за ушни, носни и грлени болести.

Покрај овие клиники во составот на Медицинскиот факултет има и 11 институти и тоа: за радиологија, анатомија, хистологија, физиологија, биохемија со медицинска хемија, микробиологија, патолошка анатомија, фармакологија, патофизиологија, судска медицина и институт за стоматологија.

На Медицинскиот факултет во Скопје заклучно со 1962 година студирале 1.727 студенти и дипломирале 852 лекари. Во 1962/3 година беа запишани 596 студенти на сите 5 години. Апсолвенти има 543.

Во последниве години Факултетот дава 100—120 лекари годишно, т.е. толку колку што лекари имаше НР Македонија во 1945 година.

Од формирањето на Медицинскиот факултет па заклучно со учебната 1961/2 година, Факултетот развиваше и обемна научна дејност а, работеше и на усовршувањето на стручни кадри. Така, на пример, хабилитирале 46 лица, се здобиле со звањето доктор на науките 5 лица, избрани се за редовни професори 14 лица, за вонредни професори 15, за доценти 25, за асистенти 97 лица. На специјализација во земјата се испратени 83 лица со времетраење од 3—8 месеци, а во странство 37 лица со времетраење од 3—12 месеци. Отпечатени се 341 стручни и научни трудови во

Ученички од Средното
медицинско училиште во Скопје



списанија во земјата и странство. На разни конгреси во земјата и странство учествувале 165 лица.

Положбата со лекари во 1961 година во НР Македонија е за седумпати поарна отколку во 1945 година. Бројот на лекарите во 1961 година изнесува 861, т.е. еден лекар на 1.613 жители.

Во учебната 1959/60 година беше отворен Стоматолошкиот отсек на кој се примени завршно со оваа учебна година 222 студенти. Макар што е интересот далеку поголем за студии на Медицинскиот факултет, сепак поради недоволните простории уписот е ограничен на нови 140 студенти и на 40 за Стоматолошкиот отсек. Освен редовните студенти од учебната 1960/61 оваа учебна година се примаат и вонредни студенти.

Кога се зборува за оспособувањето на потребниот број лекари, нужно е да се спомне и големата и правилна загриженост на околиските и општинските народни одбори, кои во минатите години многу даваа и уште даваат стипендии за студирање и специјализација на овој факултет.

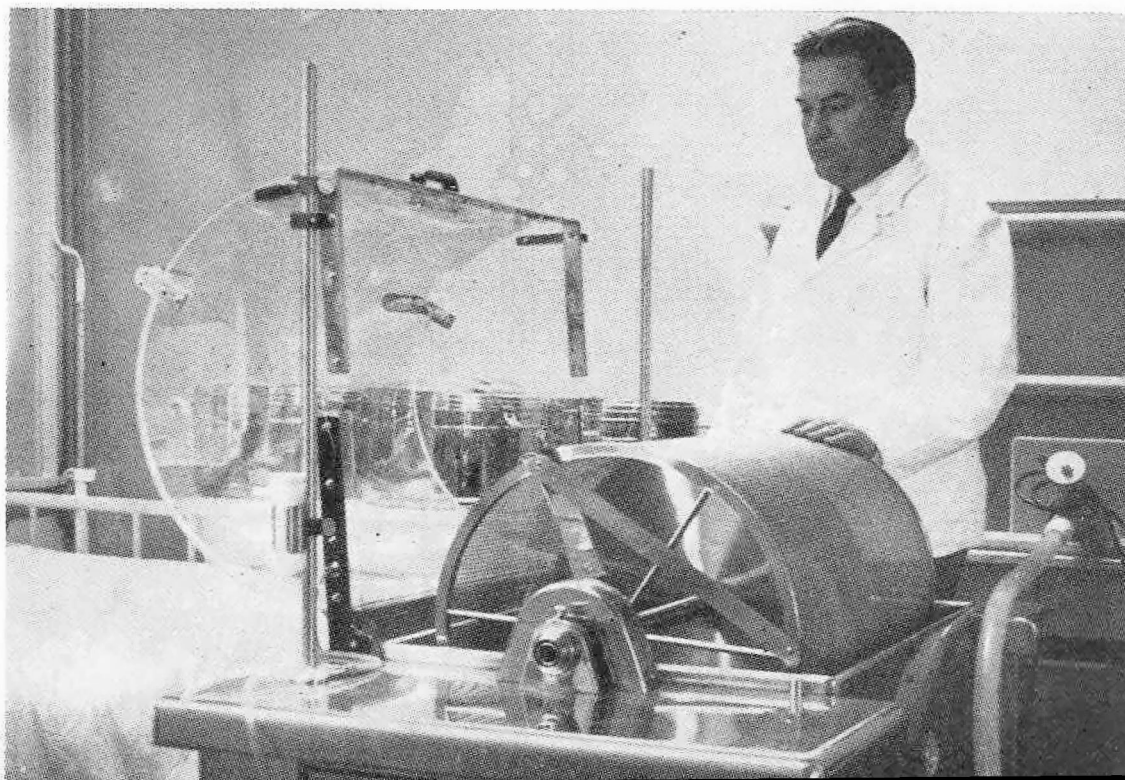
Меѓутоа, распоредот на лекарите не е рамномерен според бројот на населението во одделни подрачја. Најголемиот број се сконцентрирани во поголемите градови, седиштата на околиите и посебно во Скопје. Таквата појава е разбирлива, зашто и во градовите се чувствуваше недостиг на виши здравствени кадри, а условите за живот и работа беа подобри и лекарите настојуваа на нив да останат. Од извесно време наваму сè повеќе лекари се одливаат и во селските општини, било поради тоа што се тие нивни стипендисти, било пак што во поголемите градови почнува да се чувствува заситеност од вакви стручњаци. И стимулативните мерки што беа воведени од органите на власта придонесоа да се поправи положбата.

Според досегашното искуство и бројот на новозапишаните студенти на медицинските факултети во земјата, особено тие на Скопскиот факултет, се смета дека годишно ќе приоѓаат во здравствената служба околу 120 нови ле-

кари. Петгодишниот план за периодот 1961/1965 година предвидува бројот на лекарите во НРМ да порасне на 1.300—1.400 лекари или на околу 1.180 жители по еден.

Недостигот на средномедицинскиот и нижи здравствени кадри се чувствуваше со иста острина како и кај вишите и беше нужно да се пристапи кон неодложно оспособување на таков кадар, како преку курсеви за приучените кадри така и со отворање нови училишта во кои би се школувале по редовен пат. Во 1939 година постоеше само едно средномедицинско училиште, школата за медицински сестри во Скопје со капацитет од 85 ученика за 3 учебни години. Ова училиште што било отворено во 1931

Новиот апарат „Вештачки бубрег“
во Универзитетската клиника на
Медицинскиот факултет во Скопје

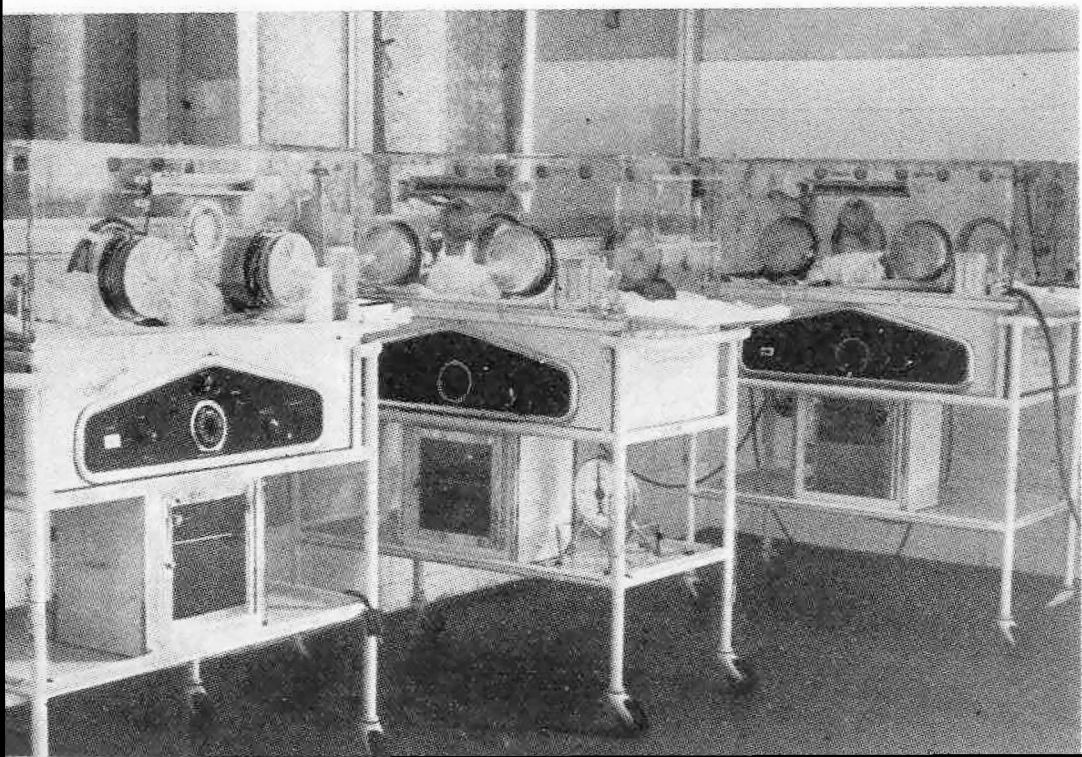


година, а работело и за време на окупацијата, за цело време на своето постоење (13 години) има дадено само 35 медицински сестри од Македонија.

Од нижите училишта, во 1939 година работеше само едно училиште за бабици и болничари.

Чувствувајќи неодољна потреба од средни и нижи здравствени кадри, веднаш по ослободувањето беа отворени повеќе курсеви за нивното оспособување. Од 1945 година заклучно со 1949 година работеле 14 курса за средни и нижи здравствени кадри, кои ги завршиле 318 курсисти. Се разбира дека патот за оспособување преку курсеви, колку и да беше неопходен во првите години, не можеше

Инкубатори за недоносени деца
во Гинеколошката клиника во Скопје



да остане подолго. Затоа се почна со отворање редовни училишта за средни и нижи здравствени кадри.

Уште во 1945/46 година беа отворени училишта за лекарски помошници и за акушерки. Во учебната 1947/48 година во Скопје и Битола беа отворени следните училишта: за санитарни техничари, забари, фармацеутски помошници, лекарски помошници, а во 1950 година и училишта за заботехничари.

За оспособување на нижи здравствени кадри во 1947 год. беа отворени училишта за детски негователки во Битола и Скопје, за болничари во Скопје, Битола и Штип, а во 1950 година — за бабици во Битола и Штип, а во 1961 год. и во Прилеп. Овие училишта заклучно со 1962 год. дале 2.216 нижи здравствени кадри.

Во овој период од сите средни училишта за здравствени работници излегле 3.103 ученици. Во учебната 1961/62 година учеле 1.717 ученика од кои:

во училиштето за медицински техн. сестри и бабици	1.330
во училиштето за фармацеути	132
во училиштето за заботехничари	116
во училиштето за забари	139

Освен тоа му беше посветена посебна грижа на дооспобувањето на овие кадри за различни гранки од медицината, како во текот на службата — по пат на курсеви и семинари, така и со повремени испраќања во поразвиени здравствени установи во другите републики, па и надвор од земјата. Благодарейќи на вложените напори, бројот на средномедицински кадри порасна на 1.791 во 1961 година, така што на еден здравствена работник со више образование идат 2 здравствени работници со средно, а на 800 жители еден среднист.

И покрај тоа што бројот на средните кадри доста бргу порасна, сепак тој не им одговара на потребите, ниту е

во хармоничен однос со порастот на бројот на лекарите. Се смета дека на еден здравствен работник со више образование треба да има 3 средномедицински лица од сите профили. Затоа пред идниот перспективен план за оспособување на стручни кадри се поставува потребата од решавање на оваа диспропорција со отворање на нови училишни капацитети и поинтензивно оспособување на вакви кадри.

Новороденчињата во Гинеколошката клиника во Скопје се под постојана грижа на медицинскиот персонал





Матурантки од Средното медицинско училиште од Скопје, на практична работа во село Драчево крај Скопје. Тие истовремено работат и на здравственото воспитување на населението

Гинеколошката клиника на Медицинскиот
факултет во Скопје



Развиток на забоздравствената служба

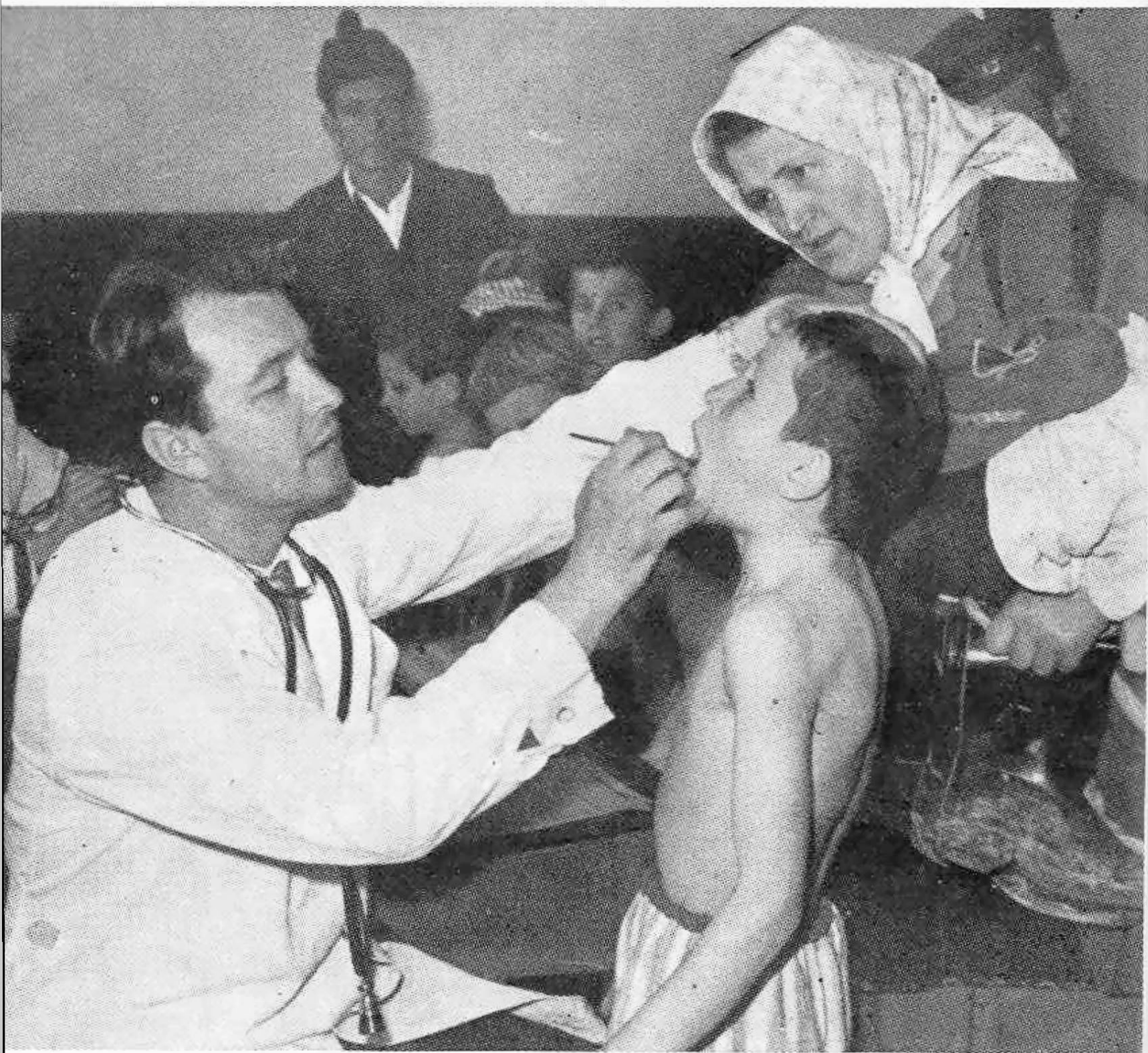
За време на стара Југославија беше мал бројот на окупацијата јавната забоздравствена служба била многу слабо развиена на територијата на нашата Република.

До 1941 година на територијата на НР Македонија имало 4 јавни забоздравствени установи и тоа 3 во Скопје (за детска заштита, за уредски осигуреници и железничка амбуланта) и една детска забна амбуланта во Битола. Освен овие имало 28 приватни забни ординации од кои 15 во Скопје а 1—2 во другите поголеми градови во Македонија.

Во 1945 година состојбата стана уште полоша, зашто еден дел од забоздравствените кадри ја напушти Републиката или загина за време на војната, така што во 1945 година во нашата Република имаше само 3 забоздравствени установи, 2 забни лаборатории, 13 забни терапеути и 3 забни техничари.

Како и во другите области од здравството, така и овде веднаш беа преземени опсежни мерки за отворање на нови установи и нивното задоволување со опрема и кадри. Во 1953 година положбата беше веќе значително подобрена: имаше 40 забоздравствени установи, 13 забни лаборатории, 100 забни терапеути и 25 забни техничари, а во 1961 година 97 забоздравствени ординации 23 забни лаборатории, со 232 забни терапеути и 208 забни техничари.

Во 1945 година на еден забен терапеут се пагаа 86.000 жители, а во 1961 год. — 6.040. На еден забен техничар се пагаа во 1945 година 373.000 жители, а во 1961 година 6.073 жители. Овие цифри јасно го покажуваат крупниот напредок. Меѓутоа, тој се уште не е доволен. За нормално одвивање на службата би требало да се постигне однос од 3—3.500 жители на еден терапеут.



Систематски преглед на учениците во село
Мирковци — Скопска околија

III. Организација на здравствената служба

Заедно со напорите што беа правени за изградба на солидна мрежа од здравствени установи и за оспособување на здравствени кадри, се преземаа и мерки за поставување правилна организација на здравствената служба, која ќе може во конкретните услови да даде максимум ефикасност во својата работа и да овозможи што полесна достапна здравствена заштита.

Затоа и организацијата на здравствената служба, од ослободувањето наваму, постојано се подобруваше заедно со подобрувањето на материјалната база (зголемен број установи, кадри, опременост), зголемените права и можности на граѓаните, како и во согласност со општиот општествен развој во нашата земја.

Со цел да се олесни лекувањето и да се обезбеди успешна борба против заразните болести, веднаш по ослободувањето беше обезбедена бесплатна здравствена заштита на населението од сите акутни и хронични заразни болести, неоплазми и душевни болести, потоа бесплатно лекување на деца до 3 години од сите заболувања, на трудници и родилки за време на раѓањето и за сите болести во врска со него, 50% намалување за лекување на училишната младина во сите здравствени установи.

Законот за социјално осигурување на работниците и службениците, во кој е опфатено и здравственото осигурување на активните осигуреници и членовите на нивните фамилии, предвидува широка бесплатна здравствена заштита на осигурениците и надомест во случај на отсуство



Во чекалната на една од амбулантите
во Домот за народно здравје
„Кисела Вода“ во Скопје

од работа поради болест. На 46% од населението им овозможи, така да се рече, бесплатно да ги користат сите видови здравствени установи.

Посебни привилегии се предвидени за трудниците и родилките. Секоја трудница во работен однос има право на 100% платено откуство од 105 дена пред и за време на породувањето, а по тоа на 6 месеци скратено работно време и надомест за опрема на секое новородено дете.

За време на стара Југославија, како и за време на осигурениците, меѓу другото и затоа што беше мал бројот на работниците во споредба со вкупниот број на населението. Така, на пример, бројот на активните осигуреници во 1939 година изнесувал 29.227.

По ослободувањето тој број постојано расте заедно со растењето на стопанството и структурните промени што стануваа во односот на градското и селското население, така што бројот на активните осигуреници во 1953 година изнесува 112.273, а во 1959 година 223.869 и 393.058 членови на нивните фамилии, што вкупно изнесува околу 617.000.

Со зголемувањето на бројот на осигурените лица, со порастот на мрежата од здравствени установи, со подобрувањето на можностите таа да се користи и најпосле со растењето на здравствената свест на осигурениците растеа и трошоците на здравствената заштита на осигурениците.

Зградата на новоотворената Градска болница во Скопје, која располага со сите современи болнички одделенија



Така, на пример, тие трошоци во 1953 година изнесуваа една милијарда и 151 милион, а во 1959 година — 4 милијарди и 744 милиони.

Во 1959 година, во просек, еден осигуреник користел петпати лекарски преглед во амбулантно-поликлиничките установи, додека неосигуреното население користело просечно околу 0,87 прегледи.

Како што можеше да се види од напред изнесеното, здравствената служба во нашата Република, по ослободувањето, а особено за последните пет години, се разви до таков степен кој овозможуваше да се постават пред неа и пообемни задачи.

Тие задачи беа:

а) постепено проширување на здравственото осигурување и на оној дел од населението што не беше здравствено осигурено — приватните земјоделски производители и занаетчиите;

б) проширување на превентивната дејност и водење целосна, поенергична борба против лошата хигиенско-епидемиолошка положба во нашата Република, со цел да се спречат заболувањата во најголема можна мера;

в) интензивно школување на дефицитарните кадри во одделни гранки на медицината.

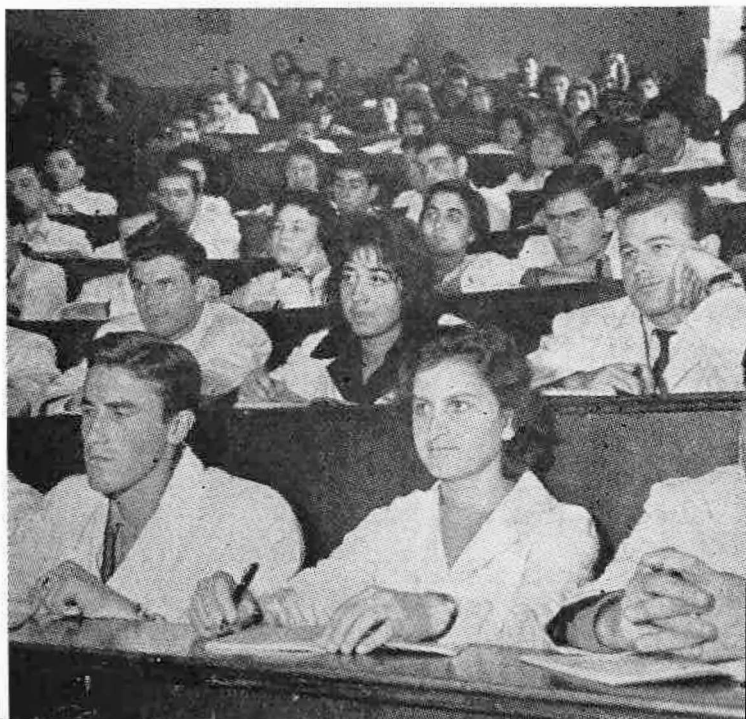
Спроведувањето на овие крупни задачи бараше покрај другото и отстранување на сите недостатоци што произлегуваа од постоењето на приватната професионална дејност на здравствените работници. Приватната практика во изминатиот период, и покрај низата слабости што ги носеше со себе, можеше да биде толерирана затоа што до извесен степен влијаеше позитивно врз ублажувањето на последиците од остриот недостиг на кадри. Меѓутоа, во новонастанатата положба и во светлината на новите задачи што се поставуваа пред здравствената служба нејзиното понатамошно постоење се јавуваше како сериозна пречка за правилниот развој на целокупната наша здравствена заштита.

Пред сè, современиот развиток на медицинските науки стигна до таков степен што бара сè повеќе и повеќе разни

дијагностички средства и помагала како при установувањето на една болест, така и за нејзиното лекување. Лекарот само со својата слушалка почнува да станува недоволен за воспоставување на определена дијагноза. Сè повеќе се нужни многубројни и разновидни медицински апарати, лаборатории, скапа опрема која не може да ја има приватниот лекар, но која може и мора да ја има една општествена установа. Според тоа, јасно е дека здравствената помош што ќе му биде укажана на болниот во една општествена здравствена установа е неспоредливо поквалитетна од таа што може да му ја укаже, и при најдобра волја, приватниот лекар во својата ординација.

Освен тоа, интересите на приватната здравствена дејност се во полна спротивност со превентивната заштита на населението, зашто приватната практика може да се опира само врз постоењето на што поголем број заболувања. Следствено и економските интереси на здравствените работници што вршеа приватна практика, т.е. нивниот личен интерес

Студенти од Медицинскиот факултет во Скопје



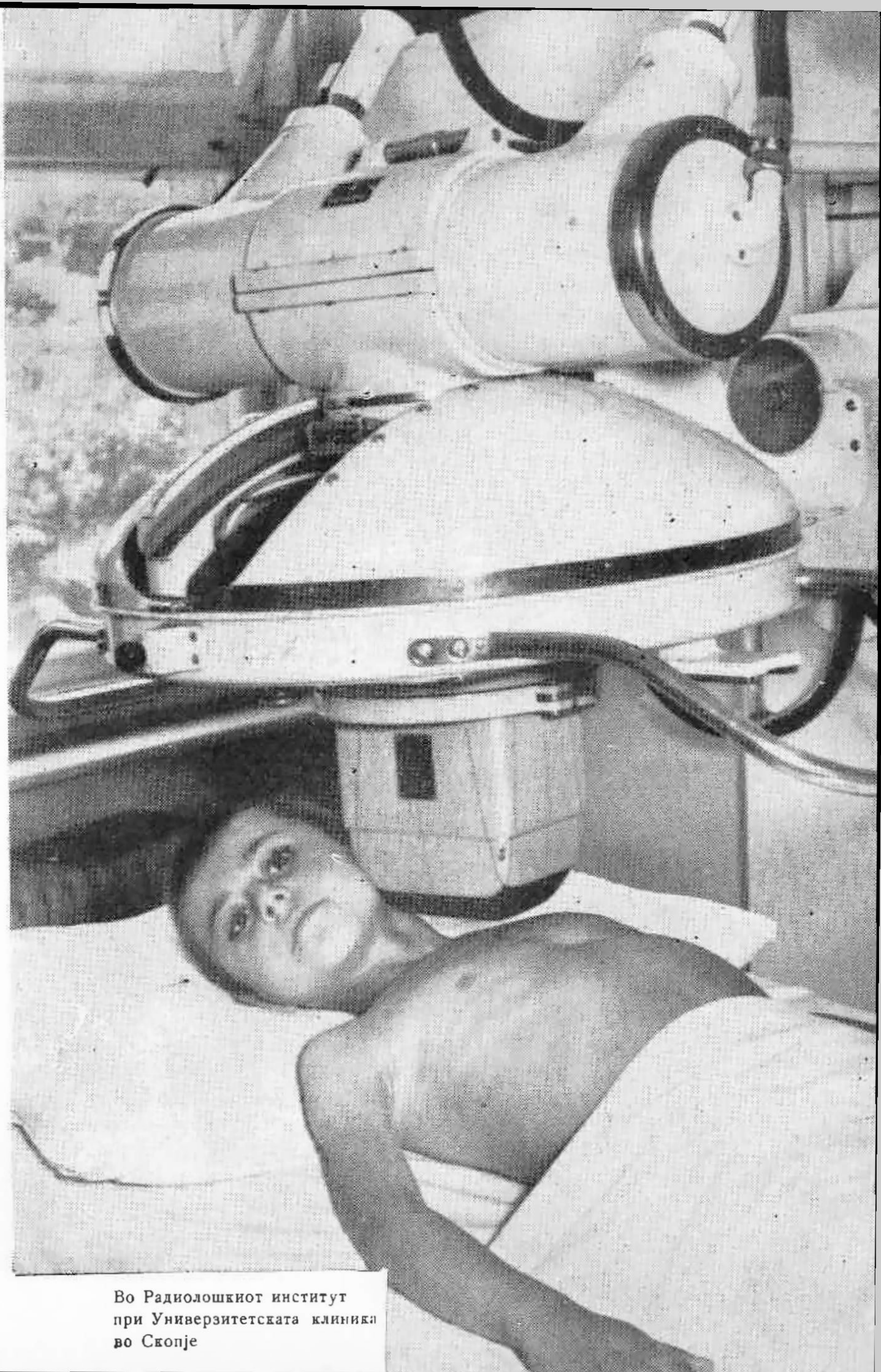
беше во спротивност со интересот на јавната здравствена служба како целина.

Поради тоа постоеја низа негативни појави кај еден дел од здравствените работници што вршеа приватна практика. Тие нездрави појави се манифестираа во различниот однос на лекарот спрема пациентот во неговата приватна ординација и во јавната служба каде што работеше тој; во тактизирањето и подредувањето на работното време во јавната установа спрема интересот на приватната ординација и секогаш на штета на работата во јавната установа; во приемот на болни за лекување во болница, каде што најчесто приоритет имаа тие што поминале низ приватната ординација; во односот кон болните и експедитивноста во укажувањето услуги на болните во јавната установа, при што пак имаа приоритет тие што поминале низ приватната ординација, во тешкотиите на јавните здравствени служби за правилна организација на работата во установата и нужната работна дисциплина; во користењето на општествени средства, апарати, помагала во установата за потребите на приватната практика итн.

Се разбира дека се водеше борба против овие негативни појави, но таа беше прилично неефикасна поради низа објективни и субјективни причини.

Многу често приватната практика беше причина за крајна нетрпеливост меѓу здравствените работници. Нездравите односи, кои беа резултат од спротивностите во нивните приватни интереси, се пренесуваа и на нивната секојдневна работа во јавната здравствена служба а тоа и штетеше на нормалната работа во тие служби.

Комерцијалниот однос помеѓу здравствениот работник и болниот што се создава во приватната дејност не може правилно да влијае за што побрзо, ефикасно и поевтино оздравување на болниот. Освен тоа, како резултат од по-



Во Радиолошкиот институт
при Универзитетската клиника
во Скопје

стоењето на приватната практика беше и ориентацијата кај поголем дел од младите лекари кон куративни гранки, а особено кон оние специјалности што обезбедуваа најголема заработувачка во рамките на приватната професионална дејност. Тоа беше една од причините што здравствената служба не успеваше да го обезбеди потребниот број кадри за превентивните гранки.

Имајќи ги предвид основните задачи што се наоѓаа пред здравствената служба, стана јасна потребата од ограничу-

Мали хирушки интервенции и преврзување на пациенти се врши и во селските здравствени станици. На снимката преврзување во Здравствената станица во с. Ракотини кај Скопје



вање на приватната здравствена дејност, така како што е тоа предвидено во Законот за регулирање на приватната здравствена професионална дејност, што го донесе во 1959 година Народното собрание на НРМ. Со тој Закон се по-зволуваше вршење на приватна практика само во оние места и подрачја на нашата Република во кои постојната здравствена мрежа не е во состојба да ги задоволи потребите од здравствената заштита на населението.

Со порастот на здравствената мрежа и бројот на здравствените кадри, особено лекарите, и со регулирањето на приватната професионална дејност на здравствените работници беа создадени услови да се стори еден од крупните чекори во областа на здравството: здравствено да се осигурат земјоделските производители и приватните занаетчи. На тој начин здравственото осигурување беше проширено уште на 750.000 осигуреници и го опфати скоро целото население.

Потребата од здравствено осигурување на земјоделското население беше голема. Општата здравствена и хигиенско-епидемиолошка положба во селата секако е полоша од таа во градовите, каде што се наоѓаше грото од здравствените осигуреници — работници и службеници. Се покажа дека онаа категорија луѓе што објективно имала поголема потреба помалку ја користела здравствената заштита. Покрај другите причини што би можеле да се земат предвид, како што се здравствената свест, близината на здравствените установи до болните и сл., без сомнение најважно место зазема и смалувањето на материјалните издатоци на болниот кога треба да ја користи лекарската помош. Со здравственото осигурување на земјоделските производители им се овозможи на болните лесно и евтино да дојдат до најнужната здравствена заштита.

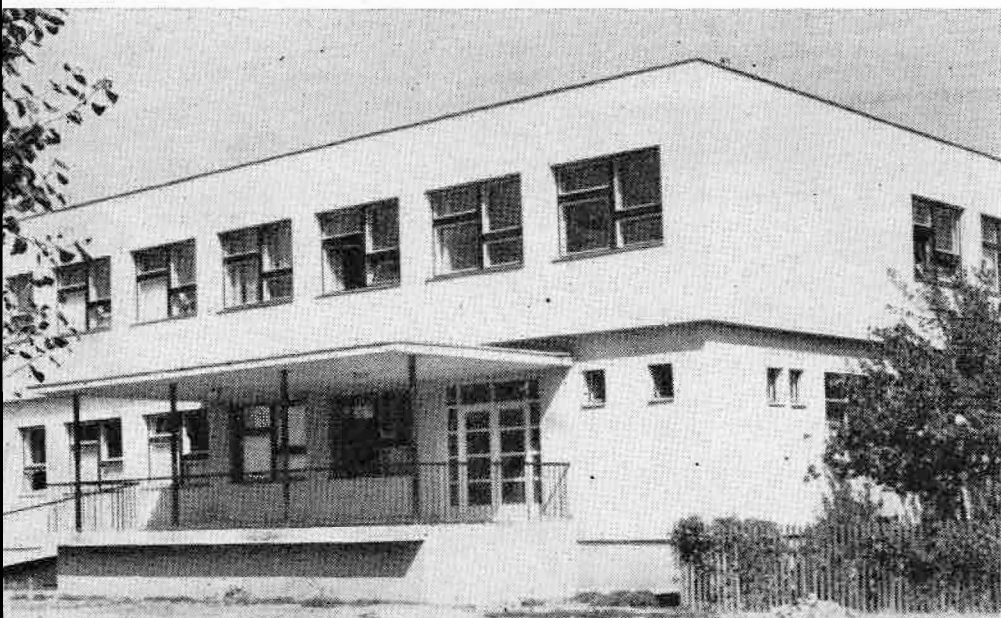
Со Законот за задолжителното здравствено осигурување на земјоделските производители се предвидува дел од трошоците на лекувањето да ги сносат самите осигуреници а другиот дел политичко-територијалните единици — општините со придонесот што го внесуваат во фондот за здравственото осигурување.

Општественото самоуправување во здравствените установи

Од прворазредно значење за подобрување на организацијата на здравствената служба, нејзиниот натамошен развој и ефикасно функционирање, без сомнение е воведувањето на општественото самоуправување во здравствените установи.

Во системот на нашата социјалистичка демократија, покрај трудбеничкото самоуправување во стопанството, општественото самоуправување во другите области од општествениот живот претставува еден од основните лостови за изградбата на социјализам и социјалистички општествени односи. Затоа воведувањето на општественото самоуправување во здравствените установи значеше доведување

Здравствен дом во Скопје





Вакцинирањето со БСЖ вакцина се применува на сите деца на територијата на НР Македонија

на односите во здравствените установи во согласност со општите општествени движења во нашата земја.

Напорите што беа вложувани во изградбата на системот на општественото самоуправање во областа на здравството во изминатиот осуммесечен период, а кои во 1960 година главно ги добија завршните рамки, беа раководени од следните основни интенции:

обезбедување на правото на граѓаните на слободен избор на лекар и здравствена установа;

доследно остварување на самоуправањето во здравствените установи како општествени институции, нивното осамостојување и самостојно финансирање врз база на остварениот доход;

определување на местото и улогата на општината во организацијата на здравствената служба и здравствената заштита на народот.

Слободен избор на лекар

Поаѓајќи од основниот принцип дека целата здравствена служба се создава за да им обезбеди на граѓаните здравствената заштита, граѓанинот може да користи не само онаков вид здравствена заштита каква што му е нужна, туку и од страна на лекар и установа што тој ќе ги избере. Граѓаните имаат право да избираат не само лекар од општа практика, туку и специјалист кога имаат потреба од таков. Секоја здравствена установа и здравствен работник е должен да му укаже на граѓанинот здравствена заштита.

При лекувањето на луѓето еден од важните фактори, несомнено, е довербата на пациентот во лекарот и затоа слободниот избор на лекар и здравствена установа е право на секој граѓанин без оглед дали е здравствено осигурен или не. Остварувањето на тоа право од никого не може да биде оспорувано ниту ограничувано под никаков изговор. Тешкотиите што би можеле да произлезат од односите на заводите за здравствено осигурување и нивните осигуреници, кога е во прашање неоправдано зголемување на издатоците при остварувањето на правото на слободен избор на лекар, не смеат да го спречат осигуреникот да го оствари тоа право.

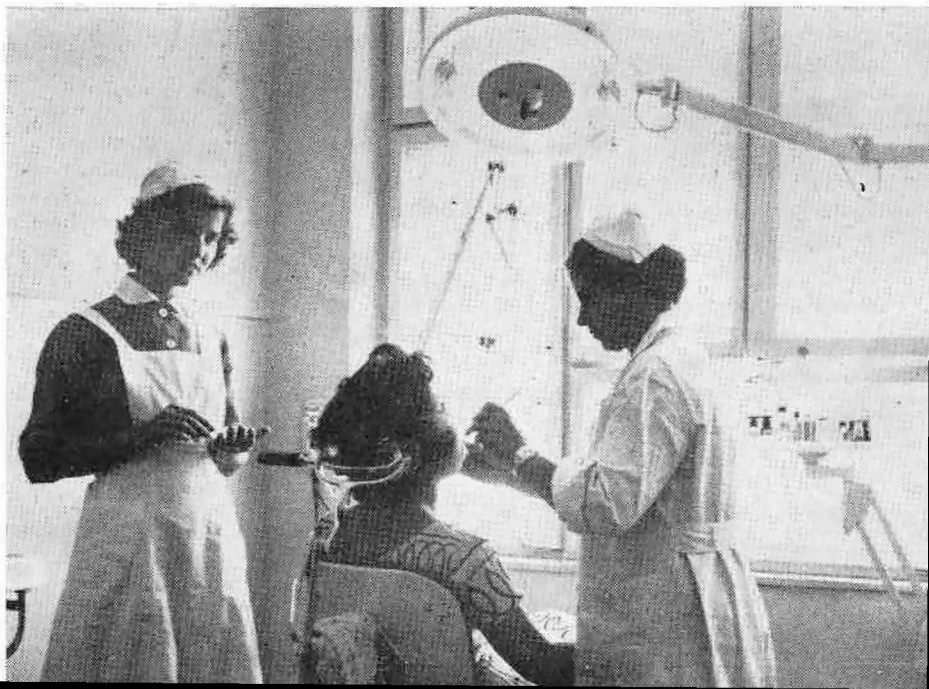
Слободниот избор на лекар е еден од основните елементи во целиот механизам на самоуправавањето и самостојното финансирање на здравствените установи, кое се карактеризира, меѓу другото, со местото и положбајот на лекарот во установата како здравствен работник и начинот на наградувањето според резултатите во работата на секој поединец. Поспособните, постручните, повнимателните лекари и други здравствени работници ќе имаат поголем број пациенти и поголем ефект во работата. Со тоа доходот на установата ќе расте и учеството во распределбата на доходот

меѓу здравствените работници ќе биде поголемо од оние што дале повеќе и поквалитетна работа.

Овој принцип на наградување дејствува стимулативно и придонесува за отстранување на низа слабости што би можеле да се појават во некои здравствени установи и кај некои здравствени работници. Истовремено, тој принцип придонесува граѓанинот да добие поквалитетна и поефикасна здравствена заштита.

Нема сомнение дека овој принцип на слободен избор на лекар сè уште не може да дојде до полн израз во некои неразвиени подрачја од нашата Република поради немање на доволен број здравствени работници. Меѓутоа, со ширењето на здравствената мрежа и зголемувањето на бројот на здравствените кадри сè повеќе и сè пошироко ќе иде до израз неговото дејство.

Во забната амбуланта на Домот
за народно здравје „Кисела Вода“ во Скопје



Самостојност на здравствените установи

Здравствените установи се самостојни установи со управител кого што, по пат на конкурс, го назначува основачот, управен одбор избран од средината на членовите на работниот колектив и совет на установата, составен од определен број членови што ги именува основачот од редот на граѓаните, определен број членови што ги избира работниот колектив на здравствената установа и определен број членови што ги делегираат соодветните установи за здравствено осигурување и други заинтересирани установи и организации.

Структурата на општествено-управните органи, од една страна, ја развива иницијативата на здравствените работници, ги обезбедува интересите како на установата така и на одделните членови на колективот, а од друга, ги обезбедува интересите на граѓаните, заинтересираните институции, општината и пошироката заедница. Учеството на граѓани и претставници на заинтересирани установи, стопански и општествени организации во највисокиот орган на установата — советот, го обезбедува општественото влијание и општествената контрола врз работата на здравствената установа. Правата и должностите на овие општествени управни органи се определени со закон, а тие се такви што во целост ја обезбедуваат самостојноста на установата.

Овие органи самостојно решаваат за најбитните прашања од животот и работата на установата и службениците. Меѓу другото, донесуваат самостојно правила и правилници на установата, годишни планови за работа, финансиски план и завршна сметка, ја определуваат висината на цената на услугите, вршат распределба на доходот на установата во со закон определени фондови, вршат распределба на фондот за лични доходи на членовите на колективот, примаат и отпуштаат службеници на установата и др.

Општината и здравствената служба

Во условите на комуналниот систем каде што општината претставува основна општествено-економска заедница во која се решаваат најголемиот дел од проблемите од интерес за животот и работата на граѓаните, грижите за добра хигиенско-епидемиолошка и здравствена состојба на народот исцело се во рацете на локалните органи, самоуправните институции, стопанските и општествените организации. Проблемите на здравството, како проблеми на една од најважните општествени области за животот, среќата и благосостојбата на луѓето, се разбира, заземаат едно од највидните места во настојувањето на општината. Меѓутоа, интервенциите на државните органи во работата на самостојните здравствени установи се сведени на онаа мера која е неопходна да се обезбедат општите општествени интереси на општината и пошироката заедница.

Општината, по широко консултирање на граѓаните и сите заинтересирани фактори, институции и организации, ја утврдува програмата на мерките за здравствената заштита на своето подрачје. Преку народниот одбор и неговите органи, здравствените установи, установите за здравствено осигурување, стопанските организации и установите, таа се грижи за обезбедување здравствена заштита на населението и за организирање на здравствената служба на своето подрачје, го регулира спроведувањето на мерките за здравствена заштита на населението, пропишува и обезбедува спроведување на општи санитарни услови на јавни места, презема спроведување на превентивни акции и врши надзор над законитоста на работата на здравствените установи.



Пациенти во чекалната во Здравствената станица во село Ракотинци крај Скопје

Во една од повеќето новоизградени здравствени станици на територијата на скопската општина „Кисела Вода“



IV. Хигиенско-епидемиолошката положба во Републиката во изминатиот период и мерките за нејзиното подобрување и постигнатите резултати

Хигиенско-епидемиолошката положба во НР Македонија пред ослободувањето и во првите години по ослободувањето ги носеше сите белези своствени на една мошне заостаната земја. И денешната патологија во најголем дел е резултат и одраз на тешките услови во кои живеел народот во НР Македонија.

За основните причини на таквата состојба се рече понапред. Овде ќе изнесеме некои цифри што го осветлуваат поконкретно проблемот.

Тешката економска положба во која живеел народот од Македонија пред војната, лошите комунални и општо-хигиенски услови во градовите и селата, ниското културно-просветно ниво на кое се наоѓало населението, особено во селата, и слабата, крајно недоволна здравствена заштита, овозможувале чести појави на епидемии од разни заразни болести, висок процент на заболувања и висок процент на општата смртност, а особено на смртноста кај децата. За жал, поради многу лошата евиденција, сето ова не може да биде согледано во вистинската светлина.

Од ослободувањето до денес, благодарейќи на напорите што се вложуваа за развитокот на нашата земја, се постигна крупен успех во индустријализацијата и општото зголемување на стопанската моќ на земјата.

Нема точни податоци за санитарно-комуналните објекти во градовите и селата пред војната. Но и без тоа е познато дека само во неколку града делумно имаше модерна водоводна мрежа. Инаку, во целата земја населението се снабдуваше со вода од стари, турски, нехигиенски чешми со земјени кунци, од бунари, кладенци, реки и слично, кои беа во допир со надворешните површински води и се загадуваа при секој дожд. Исто така лоша беше положбата и со канализацијата во градовите, а во селата скоро немаше ни нужници.

Во текот на овој период скоро сите градски, а и голем број други населби добија свои регулациони планови и по нив се врши нивната понатамошна изградба. Скоро во сите градски населби се прават крупни напори за подобрување на комуналната хигиена и се вложувани за таа цел просечно годишно над 500 милиони динари. Засилено се поплочувани и асфалтирани тротоарите, така што просечно годишно се вложувани во тоа по околу 200 милиони динари. Од ослободувањето до 1961 година се изградени 30.470 станови со вкупно 1,695.000 квадратни метра површина, изградени се 207 хектари зелени површини низ градовите и 1683 хектари зелени површини во вид на градски паркови и шуми; изградени се нови градски водоводи во Кичево, Гостивар, Валандово, Куманово, Струга, Крушево, Дебар, Кавадарци и Прилеп и се проширувани во Битола, Тетово, Титов Велес, Скопје и Штип. За изградба на водоводи се трошени од комуните просечно преку 250 милиони динари годишно. Систем на централна канализација е правен во Скопје, Штип и Охрид и тоа со перманентно ширење на канализационата мрежа. Скоро сите наши градови и гратчиња изградија свои нови, добро подредени и хигиенски прилично задоволувачки пазаришта, снабдени со вода, канализација и јавен нужник.



Панорама на Специјалната болница за ТБЦ
во Јасеново — Титоввелешка околија

Централниот хигиенски завод со средства обезбедени од Републиката и општините има изградено по селските населби во периодот од 1955 до 1961 година 27 селски водоводи, 242 бунари со елеваторски пумпи, 33 артерски бунари, преку 160 нортонови пумпи и 40 јавни училишни бањи. Овде не се внесени чешмите и водоводите во низа села што се изградени самоиницијативно и со сопствени средства.

По однос на културно-просветниот напредок што е постигнат досега, а кој неминовно морал да влијае и врз здравствената свест на луѓето, ќе наведеме неколку податоци.

Пред војната, во 1938/39 година учеле во основните училишта 105.473 ученика, во гимназиите 1994 и другите средни стручни училишта 870 ученици. Во учебната 1961/62 година во основните училишта учеле 121.243 ученика, во осумгодишните 170.306 ученика, во гимназиите 9.149, во средните стручни училишта 22.651 ученик и 12.415 ученици во нижи стручни училишта.

Пред војната имало само филозофски факултет со 137 студенти, а денес работат 7 факултети со 10.919 студенти и 11 виши школи со 3.659 студенти.

Надвор од ова, во текот на изминатиов период, од ослободувањето до сега, работеле огромен број курсеви, народни универзитети и библиотеки. Низа општествени организации, како на пример, Социјалистичкиот сојуз, Народната младина, Синдикатите, Црвениот крст, Народната просвета, Народна техника, Сојуз на извидниците, фискултурните и спортските организации, друштвата за грижи и воспитување на децата и разни други здруженија имале задача да работат на културното издигање на народот.

Сé ова придонесувало да се подигне културното ниво на народот а со тоа и неговата здравствена свест.

Сите овие основни фактори и други што имаат помало значење придонеле знатно да се подобри општата хигиенско-епидемиолошка состојба во земјата.

Заразните болести и настојувањето да се спречат и ликвидираат

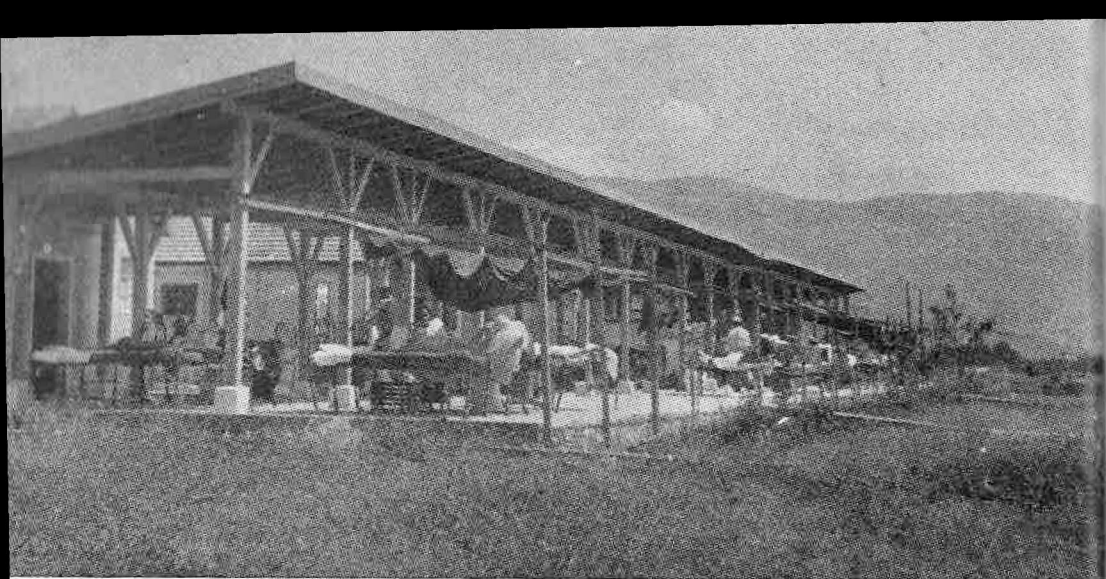
Најтешки и најраспространети болести од кои страдал нашиот народ биле маларијата, туберкулозата, дифтеријата, големата кашлица, малата сипаница, дизентеријата и цревниот тифус.

Маларијата и борбата за нејзиното искоренување

Маларијата, пред војната и веднаш по ослободувањето, беше најраспространетата болест во нашата земја и претставуваше најтежок здравствен и социјален проблем. Статистичките податоци од пред војната, кои не ја даваат вистинската состојба, покажуваат дека во 1939 година од 152.800 микроскопски прегледани болни се најдени 103.549 позитивни на маларија. Се цени дека бројот на тие што болувале од маларија изнесувал трипати повеќе отколку што е испитувано и микроскопски утврдено. Меѓутоа, и без

Резидуално прскање — една од многубројните форми во борбата за ликвидирање на маларијата во Македонија. Практичната работа на специјалните екипи ја следат и лекари и студенти од африканските и азиските земји





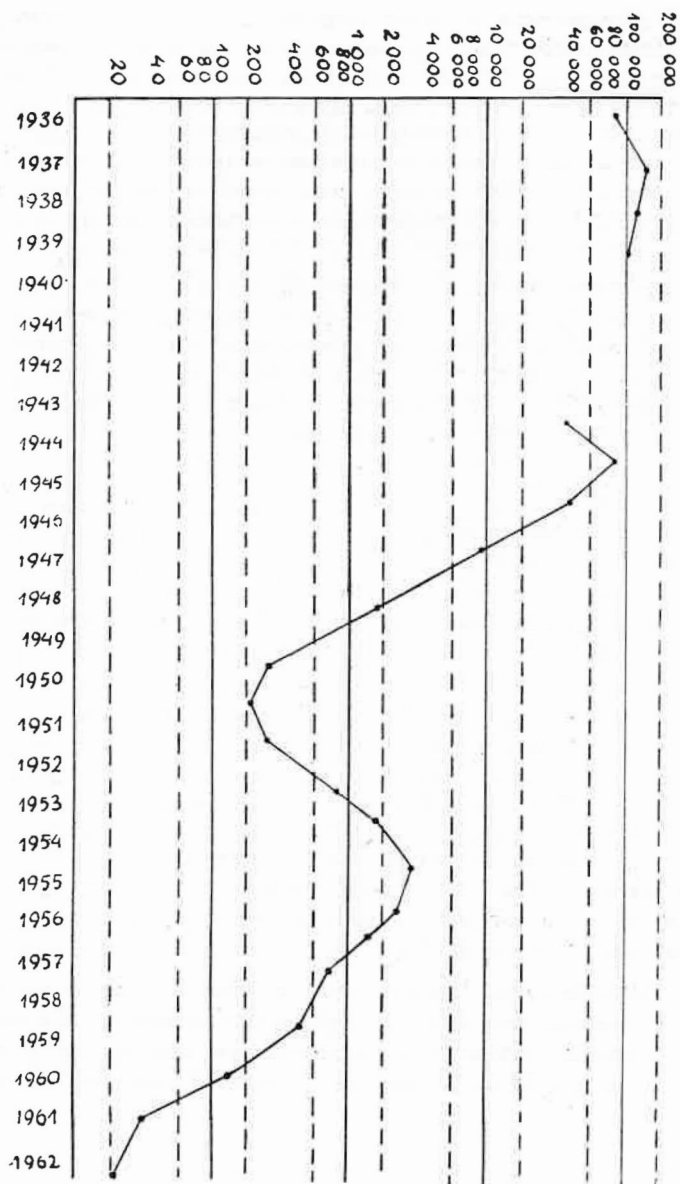
Поглед на еден павилјон од Специјалната болница за костна туберкулоза кај Охрид

такви проценки оваа цифра зборува дека болеста пустела на територијата на нашата Република.

Благодарејќи на упорната борба и крупните материјални издатоци по ослободувањето, се постигнаа одлични резултати во отстранувањето на оваа болест. Сметајќи дека со тоа е решен проблемот, се смалија напорите за ликвидирање на маларијата, а таа одново почна да се шири и во 1955 година достигна 3.258 случаи. Тоа покажа дека таа, ако не се искорени сосема, до последниот случај, претставува латентна опасност и може да вивне во големи размери.

Имајќи го предвид горното, во 1958 година се пристапи кон планско искоренување на маларијата, така што во 1960 година во Македонија се откриени 205 случаи на заболени од оваа болест, а во 1962 година заклучно со септември, бројот на заболени паѓа на само 21 случај.

Се цени дека секоја година се трошат околу 200 милиони динари. Светската здравствена организација склучи договор со ФНРЈ за искоренување на маларијата во наред-



ните три години и даде значителна помош во лекарства, превозни средства и други средства нужни за ерадикација на маларијата. Секоја година се прскаат со ДДТ емулзија околу 25,000.000 квадратни метри површина во 1.346 населби со над 150.000 домови и 177.000 штали и слични простории. Се врши активно и пасивно испитување на заболените од маларија и тие се лекуваат. Во оваа акција во 1960 година учествуваа 22 лекари, 40 санитарни техничари, 35 микроскописти, 220 водачи на екипи и 479 сезонски прскачи.

Туберкулозата. На територијата на нашата Република пред војната имало 1 антитуберкулозен диспансер и двајца лекари кои исклучиво се занимавале со туберкулозата, 24 болнички кревети за градна туберкулоза и едно сезонско лекувалиште со 40 кревети. Според тоа, не би можело да се зборува за некаква вистинска антитуберкулозна служба, како и за статистика освен за град Скопје.

Од 1945 година почнува отворање на нови диспансери, зголемувањето на бројот на постелите, ангажирање на нови лекари, така што во 1953 година во Републиката работат 10 диспансери и има 1.145 болнички кревети. Во 1961 година имало 15 диспансери, 7 болници со 1.422 постели, 29 лекари и 147 средни и нижи стручни кадри.

Според податоците од Републичкиот институт за ТБЦ — во антитуберкулозните диспансери и други антитуберкулозни установи биле регистрирани во 1947 година — 5.144 новозаболени, во 1953 година — 3.772, а во 1961 година — 2.157 новозаболени. Ако се има предвид дека во 1947 година се извршени 51.034 прегледа и е најден горниот број од 5.144 новозаболени, а во 1961 година на извршени 100.560 прегледи се најдени само 2.157 новозаболени, ќе се види дека бројот на новозаболените брзо опаѓа, иако е сè уште висок во споредба со другите напредни земји.

Опаѓањето на смртноста е мошне големо поради сите преземени мерки, како и поради поуспешното лекување со поефикасни лекови. За предвоениот период се располага со статистички податоци за Скопје. Тогаш на 10.000 жи-

тели умираше 34 од ТБЦ; за време на војната — 38; во 1953 година смртноста од ТБЦ за Скопје паѓа на 7, а во 1959 година на 3,4. За 8 други поголеми градови таа изнесува 8,8 на 10.000 жители. Во 1959 година се цени дека смртноста од ТБЦ изнесувала 6 на 10.000 жители за целата Република. Анкетата на антитуберкулозните диспанзери покажува дека во 1961 година имало 12.279 болни од ТБЦ.

Иако се постигнати значителни успеси во изминатиот период, туберкулозата е сè уште тежок здравствен и социјален проблем, на кој мора и во иднина да му се посветува нужното внимание.

Според податоците од Институтот за ТБЦ, во 1959 година заедницата имала материјална загуба од над 2 милијарди динари од загубени работни денови поради амбулантно лекување на заболени од ТБЦ и поминати болнички денови во болниците за ТБЦ.

Борбата за спречување на туберкулозата се води со „бесежирање“ и благовремено откривање на заболениите и лекување. Во последните години овие мерки се засилени многу. Со вакцинација е опфатено целото население до 25-годишна возраст.

Дифтерија. Средниот годишен просек на заболувањата од дифтерија за предвоените три години (1937/39) изнесувал 711,3 случаи со 78,6 умрени. Со делумна вакцинација што се спроведуваше и со другите мерки што се преземаа бројот на заболениите значително не паднал во просек за сето време од овој период. Од 1958 година се почна со систематска вакцинација на сите деца од 0,3—8-годишна возраст и се опфатија над 80% од децата. Таквата вакцинација и ревакцинација продолжи во 1959 и 1960 година и резултатите беа одлични, што може да се види од следните показатели:

во 1957 година имаше заболени од дифтерија	653
во 1958 година имаше заболени од дифтерија	547
во 1959 година имаше заболени од дифтерија	415
во 1960 година имаше заболени од дифтерија	192
во 1961 година имаше заболени од дифтерија	118

Би можело да се претпостави дека оваа болест во наредните неколку години ќе биде сосема ликвидирана.

Проблем претставуваше големата кашлица од која заболуваа голем број деца. Од 1960 година за првпат се почна со вакцинација против големата кашлица и веќе се покажаа резултати. Не се знае колку деца боледувале од оваа болест пред војната. И по ослободувањето бројот на заболениите беше висок така што тој во 1959 година изнесуваше 4.721 случај. Со систематското започнување на вакцинацијата во 1960 година бројот за заболувањата се смалува скоро на половина — 2.832 случаи а во 1961 година на 1.862 случаи. Во наредните години би требало да се очекуваат уште поповолни резултати како и кај дифтеријата.

Малите сипаници со околу 4.800 заболувања и дизентеријата со околу 1.000 случаи годишно претставуваат проблем за здравствената служба.

Борбата против малата сипаница и дизентеријата останува и натаму да се води со оние средства со кои се водела и досега. До колку дадат поволни резултати напорите што ги влагаат научните институти во Југославија за производство на вакцина против малите сипаници, би требало да се очекува дека здравствената служба ќе се здобие со силно оружје во борбата и против оваа заразна болест.

Пегавиот тифус, од кој пред војната во просек за три години имало 58 случаи, а по војната 45 оболени, сосема е искоренет и во последните 3—4 години нема ниеден случај на заболување.

Заболувањата од цревниот тифус се движат околу 600 случаи годишно во последните три години, што претставува висока цифра и се должи на сè уште лошото снабдување со вода во некои места и ненавремената вакцинација.

Во борбата против детските заразни болести и смртноста кај децата се преземаат мошне широки мерки. Една од таквите мерки е и **перманентната** вакцинација која почна од 1961 година, а чија цел е да го опфати детето од неговото раѓање па сè до 14-годишна возраст. Здравствените

станции, домовите за народно здравје, детските диспанзери кои покриваат одредена територија, се должни да го евидентираат секое новородено дете веднаш со неговото раѓање и во одредени временски периоди на неговото раѓање, медицински најпогодни, да го имунизираат (вакцинираат) против туберкулозата (првиот месец од раѓањето), против дифтеријата, големата кашлица, тетанусот (3-от, 4-от и 5-от месец од раѓањето), големата сипаница (9-от месец), ревакцинираат идната година, според утврдениот календар во евидентниот картон на секое дете посебно.

На овој начин новороденото дете најнавремено ќе биде заштитено од оние болести за кои постојат средства за ефикасна заштита. Освен тоа, по силата на одлуката за

Полесно болните во Универзитетските клиники во Скопје имаат можност да се разонодуваат и информираат за важните настани со читање на весници и ревији



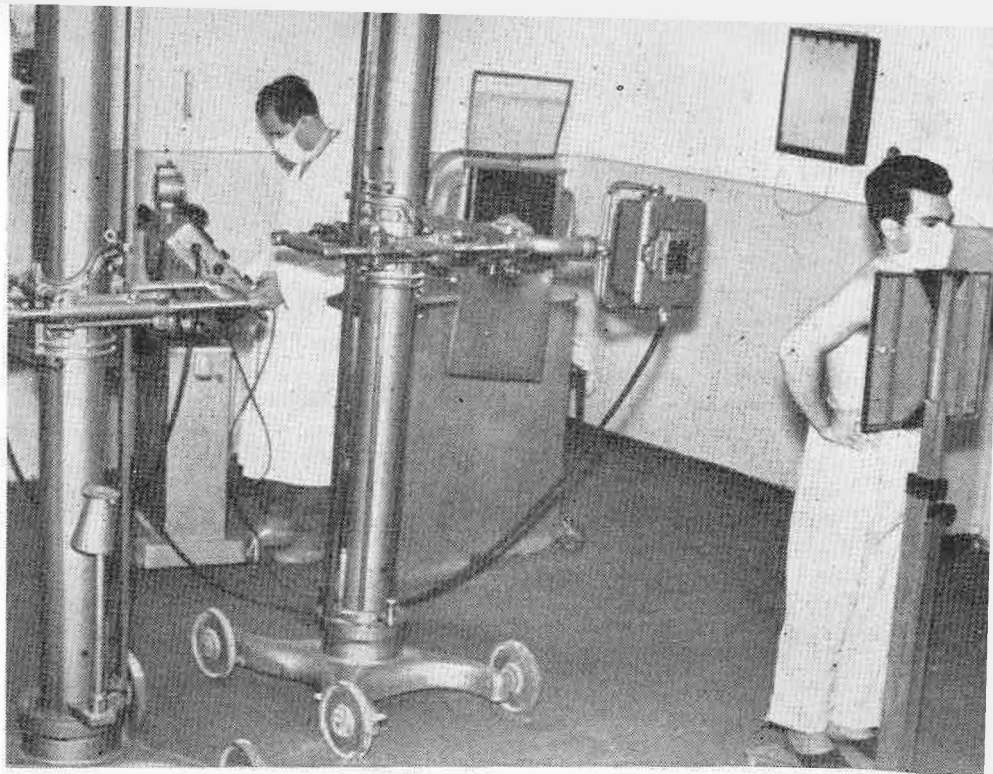
перманентна вакцинација детето ќе биде под постојан надзор на лекарот, зашто само во првата година од животот мора најмалку петпати да стапи во контакт со лекарот.

Движење на смртноста. Општата смртност, која во предвоениот период се движела од 16,7 — 21 на 1.000 жители, по ослободувањето покажува постојана тенденција кон намалување. Така во 1949 година изнесувала 16,1 во 1953 — 14,8, во 1955 — 13,3, во 1957 — 12,8, во 1959 — 11,0, во 1960 — 9,11, во 1961 година — 8,9 умрени на 1.000 жители.

Смртноста кај доенчињата, која пред војната изнесувала 15,4 на 100 живородени, исто така покажува постојана тенденција кон опаѓање. Така во 1953 година изнесува 13,8, во 1957 — 13,6, во 1959 — 12,4, а во 1960 — 11,4, додека во 1961 година има 11,1 умрени на 100 живородени. Општата смртност во НРМ веќе скоро е сведена на југословенски просек. Меѓутоа, потребни се напори за натамошно смалување на детската смртност која е повисока од југословенскиот просек. За 1960 година детската смртност во Југославија изнесувала 8,7 умрени на 100 живородени.

Посебен проблем претставува смртноста на доенчињата. Од вкупниот број умрени во НРМ во последните три години (1957, 1958 и 1959), кој изнесува 45,241, на доенчињата од 0—1 година возраст отпаѓаат 16.931. Тоа значи дека вкупниот број на умрените доенчиња изнесува 30,2% од вкупниот број умрени лица. Оттука се поставува и основната задача за иднина: преземање на сите мерки за смалување на смртноста кај доенчињата. Со нејзиното намалување, меѓу другото, ќе се намалува и општата смртност кај населението.

Како резултат на општото подобрување на животните установи на народот од НРМ, придонесот на здравствената служба, смалувањето на заболувањата и на смртноста просечниот век на живеење во нашата република пораснал во изминатив период за 10 години.



Во рентген-салата на Институтот
при Медицинскиот факултет во Скопје

Просечен век на живеење

1948	машки	49,90
	женски	48,20
1952/54	машки	54,94
	женски	55,06
1958/59	машки	59,12
	женски	59,03

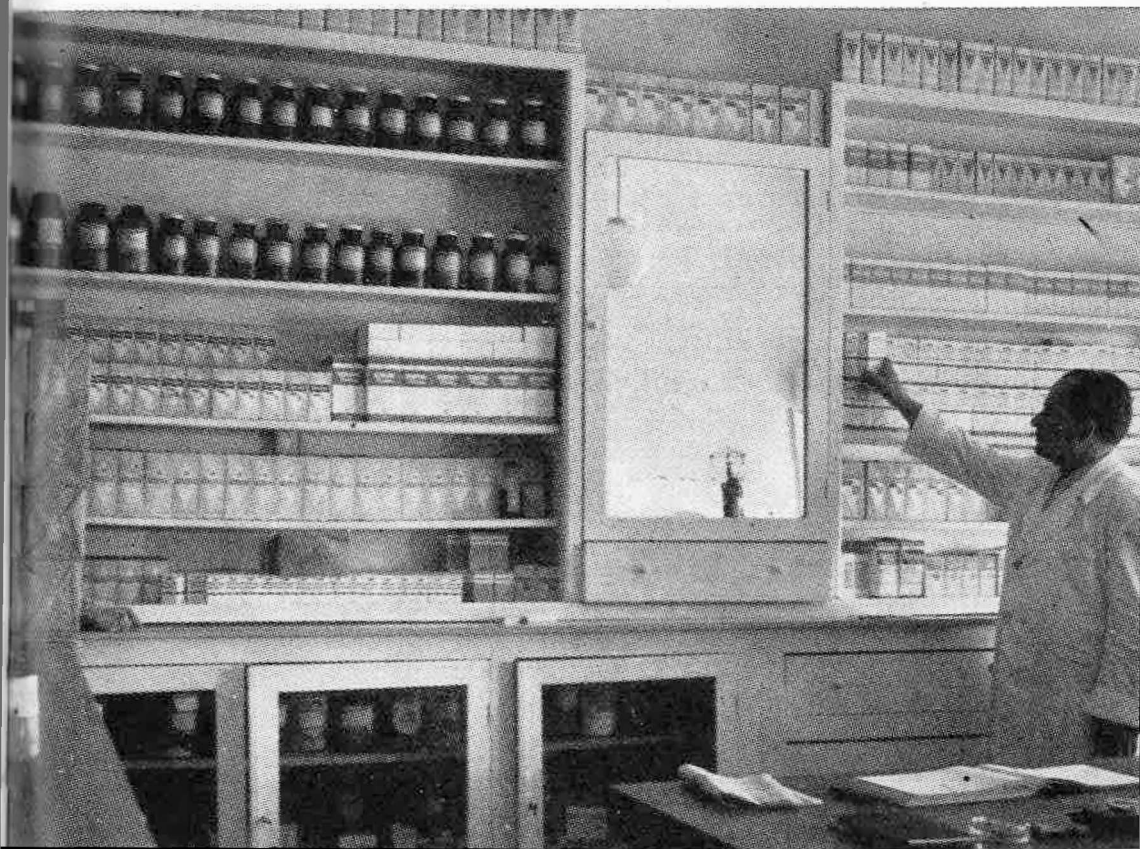
V. Улогата на општествените организации и стручните здруженија во подобрувањето на здравствената состојба на народот

За подобрување на општата здравствена состојба на народот, покрај здравствените органи и здравствената служба, многу придонесоа и општествените организации, особено Социјалистичкиот сојуз на работниот народ, Црвениот крст, Народна младина, како и Синдикатот на здравствените работници, стручните здруженија на здравствените работници — Лекарското друштво на НРМ, Здруженијата на средно--медицинските кадри и др. Придонесот на овие општествени организации не беше само индиректен, со издигањето на културното ниво на народот, туку и конкретен, со зафаќање и укажување помош во разни здравствени акции и настојувања. Голем број иницијативи за подобрување на хигиенско-епидемиолошката положба во земјата, како и поставувањето на решавање одделни здравствени проблеми честопати потекнувале од општествено-политичките организации и стручните здруженија на здравствените работници.

Основните организации на Социјалистичкиот сојуз, било директно или преку собирањето на избирачи, многу често поставувале прашања од областа на здравството и давале предлози за нивното решавање. Особено тие се залагале за отворање на нови здравствени установи, најчесто здравствени станици, а истапувале и со барања да се подобри на еден или на друг начин здравствената заштита на теренот на односната основна организација. Тие исто така успеваа да извршат мобилизација на своето членство во доброволна работа при изградбата на здравствени објекти.

При низа здравствени акции што беа преземани во овој период од страна на здравствените органи и здравствената служба, драгоцената беше помошта од здравствените организации и стручните здруженија. При спроведувањето на масовните акции за подобрување на хигиенската состојба во земјата, Главниот одбор на Социјалистичкиот сојуз преку својата комисија како и комисиите при околските и општинските одбори, спомогнуваше што помасовно да се мобилизира членството на Социјалистичкиот сојуз за исполнување на оваа задача. При спроведувањето на масов-

Во аптеката во село
Чашка кај Титов Велес



ните вакцинации против дифтеријата, тетанусот, туберкулозата, црвениот тифус, како и во борбата за ерадикација на маларијата, многу значајна беше помошта на организациите на Црвениот крст, особено по селата, кои со успех го вклучуваа своето членство во овие акции и придонесуваа задачите да бидат успешно и навремено свршени. Исто така во областа на здравственото просветување на населението, покрај стручните здруженија на здравствените работници, организациите на Црвениот крст стојат крупни напори и свршија значајни работи. Преку 2.150 курсеви за здравственото просветување на селската женска младина што траат 5 месеци — поминале 36.307 младинки. Од страна на здравствените служби беа организирани околу 20.000 предавања, прикажани над 3.800 претстави на здравствено-просветни филмови и 59 здравствени изложби, оформени 176 здравствено-просветни семинари и курсеви, здравствено беа обработени преку 93.000 домови. Во истиот период се издадени околу милион примероци од списанието „Народно здравје“ и над 1.700.000 примероци брошури, плакати агитки. Македонското лекарско друштво и неговите секции и активи имаат одржано над 1.400 стручни здравствени предавања во градовите и селата. Здружението на медицински сестри, покрај учеството во здравствените акции во низа села, има одржано голем број предавања.

Благодарейќи на напорите на сите овие фактори — органите на власта, општествено-управните органи и здравствените установи, општествено-политичките организации и стручните здруженија на здравствените работници, како и помошта на Светската здравствена организација, УНИЦЕФ и македонските иселеници, се постигнати значителни резултати.

Се разбира, за еден ваков период не е можно да се измени сè она што се трупало со векови. Сепак, сторените напори придонесоа да се создаде материјална база и предуслови за уште побрз развиток во иднина и на поуспешно ликвидирање на тешкото наследство.

VI. Наредни задачи во областа на здравството според перспективниот план 1961—1965 г.

При одредувањето на задачите во областа на здравството за идниот петгодишен период и при планирањето на перспективниот развиток на здравствената заштита на населението во периодот 1961—1965 год., се тргнуваше од следните основни поставки:

1) Од потребите што произлегуваат со оглед на постојната патологија на населението и способноста на мрежата од здравствени установи успешно да ги решава тие потреби.

2) Од потребите што произлегуваат од природниот пораст на населението и промените во неговата структура.

3) Од нужноста за општо подигање на нивото на здравствени установи, обезбедување со кадри и опрема и подобрување на квалитетот на нивната работа.

4) Од потребата да им се обрне особено внимание на одделни области во здравството, како што се превентивата, заштитата на мајките и децата, борбата против туберкулозата и други масовни заразни болести.

5) Од потребата да се изврши замена на извесни дотраени капацитети, бидејќи во критичниот период дел од здравствените установи беа сместувани во адаптирани згради.

Со оглед на горното перспективниот план предвидува:

1) Покривање на целата територија на НРМ со здравствени установи што му даваат на населението основна здравствена и забоздравствена заштита, т.е. со здравствени станици и здравствени домови.

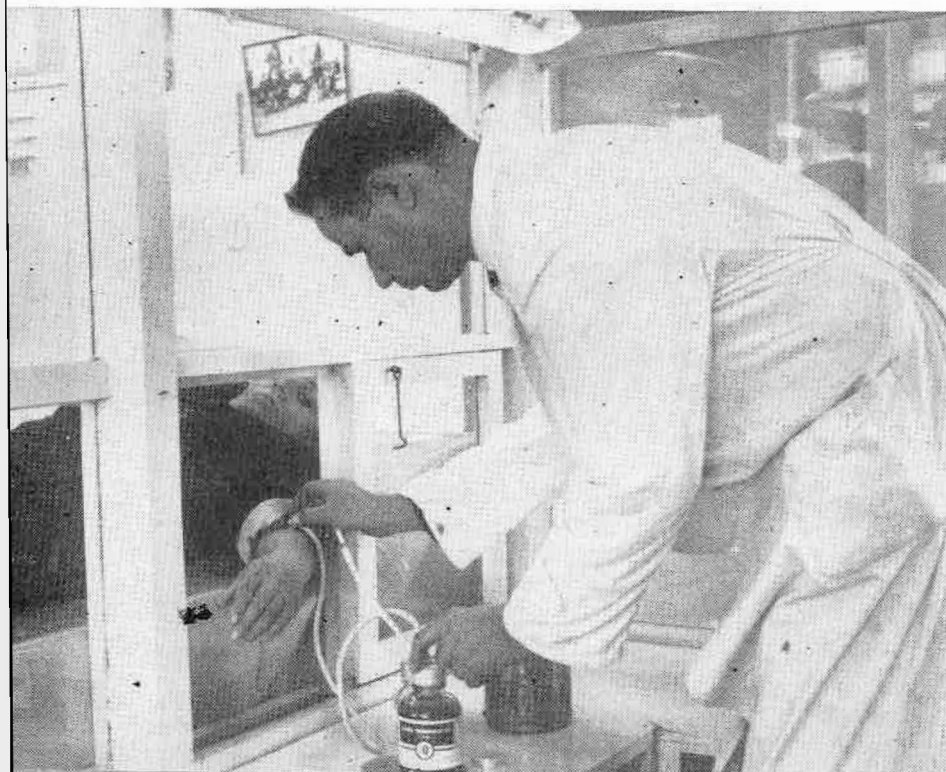
Тринувајќи од сегашната положба, т.е. од постојните капацитети, опрема и кадри се предвидува бројот на овие установи да се зголеми за два пати.

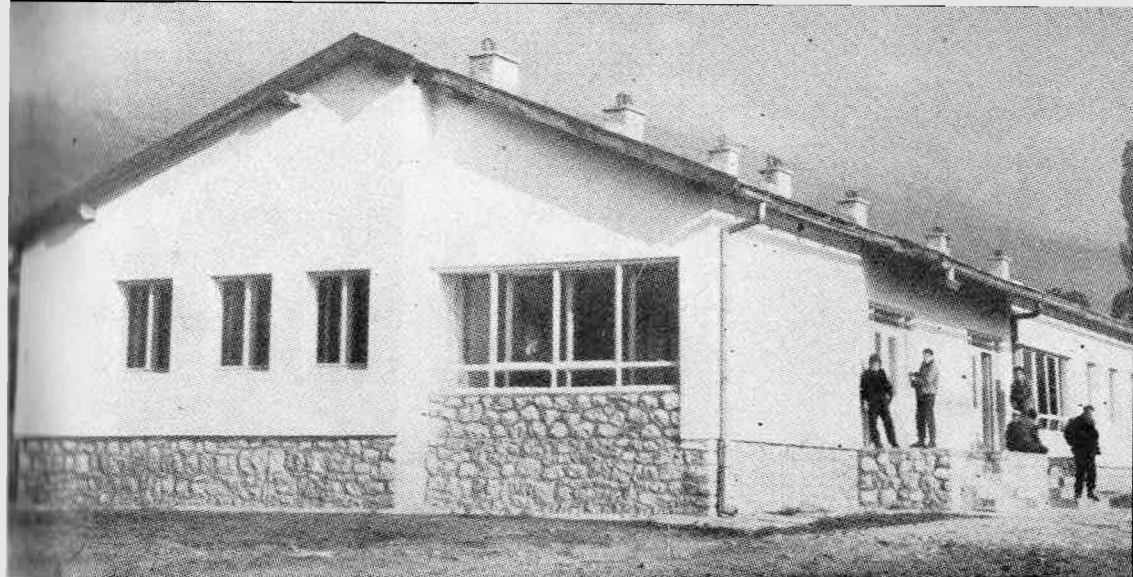
2) Отворање на нови 29 диспанзери за деца, 140 отсеци за деца во склопот на здравствените станици и уште 38 диспанзери и советувалишта за жени заради подобрување на здравствената заштита на мајките и децата.

3) Отворање на уште 18 противтуберкулозни диспанзери за водење успешна борба против туберкулозата.

4) Изградување, проширување и доопремување со кадри и опрема на постојните 7 околски заводи за здравствена заштита (хигиенски заводи), како и хигиенско-епидемиолошките одделенија и отсеци при домовите за

Во Заводот за трансфузија на крв
при Медицинскиот факултет во Скопје





Новата зграда на Здравствената станица во село Теарци кај Тетово.

народно здравје и здравствените станици за успешно водење на превентивната заштита на народот. При тоа систематско спроведување:

на сите со законот задолжителни вакцинации (против големата сипаница, дифтеријата, големата кашлица, тетанусот, БСЖ и детската парализа);

вакцинација против цревен тифус;

натамошна борба против маларијата;

борба против гушавоста;

испитување на бацилоносителите;

испитување на животните намирници и друго.

5) Покривање на потребите на стационарните здравствени установи што ќе произлезат од природниот пораст на населението, замена на еден дел од нестандартниот и дотраен постелен фонд.



Зградата на Заводот за здравствена заштита
на мајки и деца на територијата на
скопската општина „Саат Кула“

6) Зголемување на мрежата и капацитетот на аптекарските установи за повеќе од два пати спрема 1959 година, кога нивниот број изнесуваше 51 аптека од разни типови. Подобрување со опрема на овие установи.

7) Уредување на капалишниот дел (каптажи, капалишта и други студии и истраги) на природните лекувалишта и во помала мера подобрување на постелниот и туристичкиот дел на лекувалиштето.

Здравствени кадри

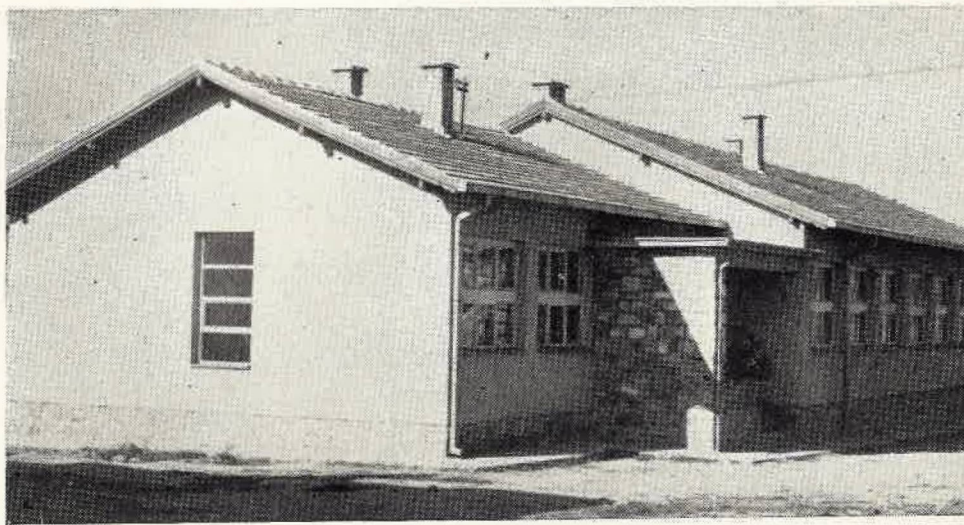
Перспективниот план предвидува бројот на вишите здравствени кадри да се зголеми за два пати во однос на 1959 година, бројот на средните здравствени кадри за два и пол пати и бројот на нижите нешто повеќе од два пати.

Од вака проширената мрежа на здравствените установи и опременост со кадри се очекува:

1) Здравствените станици и домови да опслужуваат во 1965 година по 6.500 жители место 13.200 колку што се паѓаше во 1959 година.

2) Здравствените установи за заштита на мајки и деца да обезбедат во 1965 година по 6,5 прегледи просечно го-

Изглед на новата зграда
на Здравствената станица
во село Чашка кај Титов Велес



дишно за секое дете спрема 1,74 колку се паѓаше во 1959 година. За секоја жена од 18—50 години возраст да се обезбеди просечно по еден преглед во диспанзерот за жени спрема 0,29 прегледи во 1959 година.

3) Еден антитуберкулозен диспанзер да опслужува 50.000 жители спрема 120.000 колку што опслужуваше во 1959 година.

4) Забоздравствените установи да постигнат 80% санирање на забниот кариес (гниеж) кај младината од 7—18 години.

5) Бројот на болничките постели — 4,4 на 1.000 жители би му одговарал на југословенскиот просек.

Здравствените установи во Македонија сè повеќе се екипираат со превозни средства. На снимката автобус на Институтот за ТБЦ во Скопје



6) Според програмата за оспособување на здравствените кадри во 1965 година на 1-лекар би се паѓале 1.180 жители. Бројот на средните здравствени кадри би изнесувал три спрема еден работник со виша здравствена спрема, што им одговара на прифатените оптимални нормативи.

7) Општо подобрување на хигиенско-епидемиолошката состојба во републиката и посебно:

искоренување на маларијата;

искоренување на дифтеријата;

обезбедување ефикасна заштита против детската парализа;

сведување на заболувањата од другите акутни заразни болести (цревни и каплични) на толерантен степен.

8) Смалување на општата смртност на населението и посебно на детската смртност и доведување на нивото на општиот југословенски просек во 1965 година.



Зградата на Заводот за здравствена заштита
на мајки и деца на територијата на
скопската општина „Саат Кула“

6) Зголемување на мрежата и капацитетот на аптекарските установи за повеќе од два пати спрема 1959 година, кога нивниот број изнесуваше 51 аптека од разни типови. Подобрување со опрема на овие установи.

7) Уредување на капалишниот дел (каптажи, капалишта и други студии и истраги) на природните лекувалишта и во помала мера подобрување на постелниот и туристичкиот дел на лекувалиштето.

Здравствени кадри

Перспективниот план предвидува бројот на вишите здравствени кадри да се зголеми за два пати во однос на 1959 година, бројот на средните здравствени кадри за два и пол пати и бројот на нижите нешто повеќе од два пати.

Од вака проширената мрежа на здравствените установи и опременост со кадри се очекува:

1) Здравствените станици и домови да опслужуваат во 1965 година по 6.500 жители место 13.200 колку што се паѓаше во 1959 година.

2) Здравствените установи за заштита на мајки и деца да обезбедат во 1965 година по 6,5 прегледи просечно го-

Изглед на новата зграда
на Здравствената станица
во село Чашка кај Титов Велес

